

**INDIKASI IBU DAN JANIN PADA PERSALINAN
DENGAN SEKSIO SESAREA DI BEBERAPA
RUMAH SAKIT DI INDONESIA PERIODE TAHUN
2010 SAMPAI DENGAN TAHUN 2018**

NURUL LATIFA MUHAMMAD

4516111047



TEMA: KEBIDANAN

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BOSOWA
MAKASSAR**

2020

**INDIKASI IBU DAN JANIN PADA PERSALINAN DENGAN
SEKSIO SESAREA DI BEBERAPA RUMAH SAKIT DI
INDONESIA PERIODE TAHUN 2010
SAMPAI DENGAN TAHUN 2018**

Skripsi

Sebagai Salah Satu Syarat untuk Mencapai Gelar Sarjana Kedokteran

UNIVERSITAS

Program Studi

Pendidikan Dokter

BOSOWA

Disusun dan diajukan oleh

NURUL LATIFA MUHAMMAD

Kepada

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS BOSOWA
MAKASSAR

2020

SKRIPSI

**Indikasi Ibu dan Janin pada Persalinan dengan Seksio
Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode
Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018**

Disusun dan diajukan oleh

Nurul Latifa Muhammad

Nomor Induk: 4516111047

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Skripsi


Pada tanggal 16 Juni 2020

Menyetujui


Tim Pembimbing

Pembimbing 1,

Pembimbing 2,



Dr. Desi Dwirosalia NS
Tanggal: 14 Juni 2020



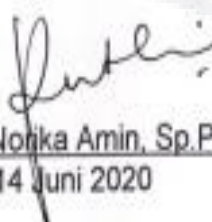
Dr. Ika Azdah Murnita, Sp. OG, M. Kes
Tanggal: 14 Juni 2020

Fakultas Kedokteran Universitas Bosowa

Mengetahui

Ketua Program Studi

Dekan



Dr. Ruth Nonika Amin, Sp. PA, M. Kes
Tanggal: 14 Juni 2020



Dr. D. Rhamdya Patellongi, M. Kes
Tanggal: 14 Juni 2020

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Nurul Latifa Muhammad

Nomor Induk : 4516111047

Program studi : Pendidikan Dokter

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis adalah benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan mengambil alih tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila di kemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini hasil karya orang lain, saya bersedia menerima sanksi atas perbuatan tersebut.

Makassar, 14 Juni 2020

Yang menyatakan



Nurul Latifa Muhammad

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur atas berkat rahmat dan hidayah oleh Allah SWT penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul “Indikasi Ibu dan Janin pada Persalinan dengan Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indoneisa Periode 2010 sampai dengan 2018”.

Skripsi ini disusun guna memenuhi salah satu syarat dalam memperoleh gelar sarjana kedokteran di Fakultas Kedokteran Universitas Bosowa Makassar.

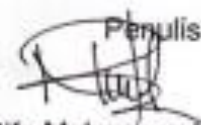
Penulisan skripsi ini tidak terlepas dari bantuan dan dukungan oleh berbagai pihak, sehingga pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan rasa terima kasih kepada:

1. DR. Dr. Ilhamjaya Patellongi, M.Kes. selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Bosowa Makassar.
2. Dr. Baedah Madjid, Sp. MK(K) selaku Wakil Dekan I Fakultas Kedokteran Universitas Bosowa Makassar
3. Dr. Desi Dwi Rosalia NS. selaku Dosen Pembimbing I yang telah meluangkan waktu dan pemikirannya dalam mengarahkan dan membimbing kepada penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
4. Dr. Ika Azdah Murnita, Sp. OG., M.Kes selaku Dosen Pembimbing II yang telah meluangkan waktu dan pemikirannya dalam mengarahkan dan membimbing kepada penulis sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.

5. Kepada DR. Dr. Ilhamjaya Patellongi, M.Kes. dan Dr. Makmur Selomo, MS. selaku dosen penguji yang telah memberikan saran dan masukan dalam penyelesaian skripsi ini.
6. Seluruh dosen dan staf Fakultas Kedokteran Universitas Bosowa Makassar.
7. Orang tua saya tercinta Bapak Sukri Muhammad dan Ibu Hamriati Sahrudin yang selalu mendoakan serta memberikan dukungan yang sangat luar biasa kepada penulis.
8. Keluarga besar saya yang turut memberikan doa dan semangat kepada penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.
9. Sahabat-sahabatku tercinta dan rekan-rekan di fakultas Kedokteran angkatan 2016, terima kasih atas kebersamaan dan semangat yang telah diberikan kepada penulis.
10. Orang-orang yang tidak bisa disebutkan namanya, terima kasih karena telah hadir memberikan semangat serta membantu penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa skripsi ini masih terdapat kekurangan, oleh karena itu penulis berharap akan saran dan kritik yang bersifat membangun demi perbaikan dan kesempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi para pembaca.

Makassar, 14 Juni 2020

Penulis


Nurul Latifa Muhammad

Nurul Latifa Muhammad. Indikasi Ibu dan Janin pada Persalinan dengan Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia Periode 2010 sampai dengan 2018 (Dibimbing oleh Dr. Desi Dwirosalia N.S dan Dr. Ika Azdah Murnita, Sp. OG., M.Kes.)

ABSTRAK

Seksio sesarea adalah tindakan operasi untuk mengeluarkan bayi melalui insisi pada dinding perut (laparotomi) dan dinding rahim (histerotomi), dimana tindakan ini diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara pervagina.

Indikasi seksio sesarea dilakukan apabila tidak memungkinkan dilakukan persalinan pervaginam akibat masalah keselamatan ataupun kesehatan ibu dan janin. Pertimbangan medis dilakukannya tindakan seksio sesarea antara lain karena indikasi ibu dan janin.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui indikasi ibu dan janin pada persalinan melalui seksio sesarea di Indonesia dengan menggunakan penelitian deskriptif melalui pendekatan sintesis dari beberapa literatur hasil penelitian di beberapa rumah sakit di Indonesia.

Hasil penelitian menunjukkan dari sepuluh penelitian didapatkan beberapa indikasi ibu dan janin pada persalinan melalui tindakan seksio sesarea di Indonesia dengan persentase tertinggi untuk indikasi ibu yaitu riwayat seksio sesarea sebesar 25,8% dan persentase tertinggi untuk indikasi janin yaitu kelainan letak sebesar 20,2%

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dipergunakan sebagai bahan promosi kesehatan oleh tenaga kesehatan dalam mengedukasi masyarakat dalam pengendalian tindakan seksio sesarea.

Kata kunci: Seksio Sesarea, Riwayat Seksio Sesarea, Disproporsi Sefalopelvik, Ketuban Pecah Dini, Partus Lama, Preeklamsia/Eklamsia, Plasenta Previa, Kelainan Latak, Gawat Janin, Janin Kembar, Janin Besar

Nurul Latifa Muhammad. Maternal and Fetal Indications by Caesarean Section delivery in Several Hospitals in Indonesia for the Period of 2010 to 2018 (Supervised by Dr. Desi Dwirosalia N.S and Dr. Ika Azdah Murnita, Sp. OG., M.Kes.)

ABSTRACT

Caesarean section is an operation to fetal delivery through an incision in the abdominal wall (laparotomy) and uterine wall (hysterotomy), where this procedure is needed to help delivery that cannot be vaginally.

Indication for cesarean section is carried out if vaginal delivery is not possible due to safety or health problems of the maternal and fetal. Medical considerations for cesarean section, among others, are indications of the maternal and fetal.

The purpose of this study was to determine the indications of mother and fetus in labor through cesarean section in Indonesia by using descriptive research through a synthesis approach from several literature research results in several hospitals in Indonesia.

The results showed that from ten studies, there were several indications of mother and fetus in prostitution through cesarean section in Indonesia with the highest percentage for maternal indications, namely cesarean section history of 25,8% and the highest percentage for fetal indications, namely location abnormalities of 20,2%.

The results of this study are expected to be used as material for health promotion by health workers in educating the public in controlling cesarean section.

Keywords: Caesarean section, history of previous caesarean section, cephalopelvic disproportion, premature rupture of membranes, prolonged labour, preeclampsia/eclampsia, placenta previa, malpresentation, fetal distress, multiple fetuses, large fetus

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN MUKA	i
HALAMAN PENGAJUAN	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
ABSTRACTS	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR SINGKATAN	xv
LAMPIRAN	xvi
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	2
C. Pertanyaan Penelitian	3
D. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	5
D. Manfaat Penelitian	6
F. Ruang Lingkup Penelitian	7
G. Sistematika dan Organisasi Penulisan	7
1. Sistematika Penulisan	7
2. Organisasi Penulisan	8
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Landasan Teori	9
1. Seksio Sesarea	9
a. Definisi Seksio Sesarea	9
b. Epidemiologi Seksio Sesarea	9
c. Indikasi Seksio Sesarea	13
d. Jenis-jenis Seksio Sesarea	37
e. Kontraindikasi Seksio Sesarea	38
f. Komplikasi Seksio Sesarea	38
2. Gambaran Indikasi Ibu pada Persalinan dengan Seksio Sesarea	43
3. Gambaran Indikasi Janin pada Persalinan dengan Seksio Sesarea	43

Lanjutan Daftar Isi

	Halaman
B. Kerangka Teori	49
BAB III. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	50
A. Kerangka Konsep	50
B. Definisi Operasional	51
BAB IV. METODE PENELITIAN	58
A. Jenis Penelitian	58
B. Tempat dan Waktu Penelitian	58
1. Tempat Penelitian	58
2. Waktu Penelitian	59
C. Populasi dan Sampel	60
1. Populasi Penelitian	60
2. Sampel Penelitian	60
D. Kriteria Sampel	60
Kriteria Inklusi	60
E. Teknik Pengambilan Sampel	62
F. Alur Penelitian	63
G. Prosedur Penelitian	64
H. Teknik Pengumpulan Data	68
I. Pengolahan dan Analisis Data	68
J. Aspek Etika Penelitian	69
BAB V. HASIL DAN PEMBAHASAN	70
A. Hasil Penelitian	70
B. Pembahasan	100
C. Keterbatasan Penelitian	106
BAB VI. PENUTUP	108
A. Kesimpulan	108
B. Saran	110
DAFTAR PUSTAKA	112

DAFTAR TABEL

Tabel	Judul Tabel	Halaman
Tabel 1	Angka kejadian seksio sesarea menurut WHO	10
Tabel 2	Angka kejadian seksio sesarea di Indonesia	11
Tabel 3	Angka kejadian seksio sesarea di Sul-Sel	12
Tabel 4	Jurnal Penelitian tentang Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, yang Dipakai Sebagai Sumber Data	61
Tabel 5	Rangkuman Data Hasil Penelitian tentang Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018	70
Tabel 6	Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Riwayat Seksio Sesarea pada Ibu	73
Tabel 7	Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Disproporsi Fetopelvik pada Ibu	76
Tabel 8	Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Ketuban Pecah Dini pada Ibu	79
Tabel 9	Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Partus Lama pada Ibu	81
Tabel 10	Distribusi ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Preeklamsia dan/atau Eklamsia pada Ibu	84
Tabel 11	Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Plasenta Previa pada Ibu	87

Lanjutan Daftar Tabel

	Halaman
Tabel 12 Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Kelainan Letak pada Anak	89
Tabel 13 Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Gawat Janin	92
Tabel 14 Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Janin Kembar	95
Tabel 15 Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Janin Besar	97

DAFTAR GAMBAR

Gambar	Judul Gambar	Halaman
Gambar 1.	Kerangka Teori	49
Gambar 2.	Kerangka Konsep	50
Gambar 3.	Alur Penelitian	63
Gambar 4.	Diagram Bar Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Riwayat Seksio Sesarea pada Ibu	75
Gambar 5	Diagram Bar Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Disproporsi Fetopelvik pada Ibu	78
Gambar 6	Diagram Bar Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Ketuban Pecah Dini pada Ibu	81
Gambar 7	Diagram Bar Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Partus Lama pada Ibu	83
Gambar 8	Diagram Bar Distribusi ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Preeklamsia/Eklamsia pada Ibu	86
Gambar 9	Diagram Bar Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Plasenta Previa pada Ibu	89
Gambar 10	Diagram Bar Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah	91

Lanjutan Daftar Gambar

	Halaman
	Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Kelainan Letak pada Janin
Gambar 11	Diagram Bar Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Gawat Janin 94
Gambar 12	Diagram Bar Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Janin Kembar 96
Gambar 13	Diagram Bar Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Janin Besar 99

DAFTAR SINGKATAN

AKI	Angka Kematian Ibu
CPD	<i>Cephalopelvic Disproportion</i>
Depkes	Departemen Kesehatan
ICD	<i>The International Classification of Disease</i>
Kemenkes RI	Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
MDGs	<i>Milennium Development Goals</i>
NST	<i>Non-Stress test</i>
PTSD	<i>Post Traumatic Syndrome Disorder</i>
Riskesdas	Riset Kesehatan Dasar
RSIA	Rumah Sakit Ibu dan Anak
SDKI	Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia
Sul-Sel	Sulawesi Selatan
WHO	<i>World Health Organization</i>

LAMPIRAN

Lampiran	Judul Lampiran	Halaman
Lampiran 1.	Jadwal Penelitian	116
Lampiran 2.	Tim Peneliti dan Biodata Peneliti Utama	117
Lampiran 3.	Rincian Anggaran Penelitian dan Sumber Data	119
Lampiran 4.	Rekomendasi Etik	120
Lampiran 5.	Sertifikat Bebas Plagiasi	121

UNIVERSITAS

BOSOWA



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Seksio sesarea adalah tindakan operasi untuk mengeluarkan bayi¹ melalui insisi pada dinding perut (laparotomi) dan dinding rahim (histerotomi)² dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram³, dimana tindakan ini diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal atau alami akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin dan tindakan alternatif bagi mereka yang tidak ingin melahirkan secara normal⁴.

WHO (1985) yang dirujuk oleh Ladja, C.J.H (2017), merekomendasikan bahwa angka persalinan dengan tindakan seksio sesarea pada ibu hamil tidak boleh lebih dari 10-15%⁵. Menurut WHO (2010) yang dirujuk oleh Sihombing, N (2017), peningkatan persalinan dengan operasi sesar di seluruh negara terjadi semenjak tahun 2007-2008 yaitu 110.000 perkelahiran diseluruh Asia⁶. Termasuk di Indonesia peningkatan tersebut juga terbilang cukup tinggi⁷. Angka kejadian seksio sesarea di Indonesia menurut SDKI (2007) yang dirujuk oleh Rahim WA (2019), sekitar 22,8%, angka ini lebih tinggi dan meningkat drastis bila dibandingkan pada tahun 1997 yang hanya 4,1% berdasarkan Kemenkes RI tahun 2018 yang dirujuk oleh Rahim WA (2019)⁸.

Data sekunder tahun 2000-2003 di RSIA Siti Fatimah Makassar terjadi peningkatan persalinan seksio sesarea setiap tahunnya dengan persentase tertinggi pada tahun 2003 sebesar 17 persen. Kemudian pada tahun 2012 persalinan seksio sesarea yaitu sejumlah 448 orang atau kurang lebih 50 orang setiap bulannya di RSIA Siti Fatimah Makassar⁹.

Seksio sesarea yang tidak diperlukan memungkinkan memiliki dampak buruk tidak hanya bagi ibu tetapi juga bayinya¹⁰. Persalinan melalui seksio sesarea tetap mengandung risiko dan kerugian lebih besar, seperti risiko kesakitan dan menghadapi masalah fisik pasca operasi yang menimbulkan rasa sakit dan gangguan tidur juga memiliki masalah secara psikologis karena kehilangan kesempatan untuk berinteraksi dengan bayi dan merawatnya⁸.

Persalinan dengan seksio sesarea berisiko kematian 25 kali lebih besar dan berisiko infeksi 80 kali lebih tinggi dibanding persalinan pervaginam¹¹. Angka kesakitan pasien seksio sesarea sebesar 27,3 per 1000 kejadian jauh berbeda dengan angka kesakitan pada persalinan normal yang hanya 9 per 1000 kejadian¹².

B. Rumusan Masalah

Seksio sesarea adalah tindakan operasi untuk mengeluarkan bayi melalui insisi pada dinding perut (laparotomi) dan dinding rahim (histerotomi), yang semakin meningkat dan dapat menyebabkan terjadinya peningkatan risiko pasca operasi bagi ibu dan bayinya.

Berdasarkan hal tersebut di atas, maka rumusan masalah penelitian adalah: “Indikasi ibu dan janin apakah yang ada pada persalinan melalui seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018?”

C. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimanakah distribusi ibu yang melahirkan dengan seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, berdasarkan indikasi riwayat seksio sesarea sebelumnya pada ibu?
2. Bagaimanakah distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, berdasarkan adanya disproporsi fetopelvik pada ibu?
3. Bagaimanakah distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, berdasarkan adanya ketuban pecah dini pada ibu?
4. Bagaimanakah distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, berdasarkan adanya partus lama pada ibu?
5. Bagaimanakah distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, berdasarkan adanya preeklamsia dan/atau eklamsia pada ibu?

6. Bagaimanakah distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, berdasarkan adanya plasenta previa pada ibu?
7. Bagaimanakah distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, berdasarkan adanya kelainan letak pada anak?
8. Bagaimanakah distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, berdasarkan terjadinya gawat janin?
9. Bagaimanakah distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, berdasarkan kelahiran janin kembar?
10. Bagaimanakah distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, berdasarkan kelahiran janin besar?

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui indikasi ibu dan janin pada ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018.

2. Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus penelitian ini adalah untuk:

- a. mengetahui distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, berdasarkan riwayat seksio sesarea pada ibu.
- b. mengetahui distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, berdasarkan adanya disproporsi fetopelvik pada ibu.
- c. mengetahui distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, berdasarkan adanya ketuban pecah dini pada ibu.
- d. mengetahui distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, berdasarkan adanya partus lama pada ibu.
- e. mengetahui distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, berdasarkan riwayat preeklamsia dan/atau eklamsia pada ibu.
- f. mengetahui distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, berdasarkan adanya plasenta previa pada ibu

- g. mengetahui distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, berdasarkan adanya kelainan letak pada anak.
- h. mengetahui distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, berdasarkan terjadinya gawat janin.
- i. mengetahui distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, berdasarkan kelahiran janin kembar.
- j. mengetahui distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, berdasarkan kelahiran janin besar.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Petugas Kesehatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai promosi kesehatan untuk ibu usia subur dengan tujuan pengendalian persalinan dengan seksio sesarea, sehingga mengurangi komplikasi/akibat bagi ibu dan anak.

2. Bagi Institusi Pendidikan Kesehatan/Kedokteran

Hasil penelitian ini diharapkan berguna sebagai bahan bacaan untuk civitas akademika di institusi pendidikan kesehatan/kedokteran, serta

dijadikan rujukan untuk penelitian selanjutnya tentang persalinan seksio sesarea.

3. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan wawasan dan pengetahuan mengenai persalinan seksio sesarea, serta menambah pengalaman meneliti.

F. Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian ini adalah penelitian di bidang kesehatan tentang kebidanan khususnya seksio sesarea.

G. Sistematika dan Organisasi Penulisan

1. Sistematika Penulisan

- a. Pertama penulis mencari dan mengumpulkan jurnal penelitian tentang seksio sesarea yang diteliti di berbagai rumah sakit di Indonesia
- b. Kemudian penulis memilah jurnal yang memenuhi kriteria jurnal penelitian
- c. Setelah itu mengumpulkan data dan memasukkannya ke komputer dengan menggunakan program *Microsoft excel*.
- d. Penulis kemudian membuat table rangkuman semua data yang ditemukan pada jurnal terpilih.

- e. Lalu penulis mencari jurnal rujukan untuk bahan teori tentang seksio sesarea
- f. Setelah itu melakukan analisa sintesis masing-masing data
- g. Lalu membuat hasil dan pembahasan
- h. Dan tutup dengan ringkasan dan saran

2. Organisasi Penulisan

- a. Penulisan proposal
- b. Revisi proposal sesuai masukan yang didapatkan pada seminar proposal dan ujian proposal
- c. Pengumpulan dan analisa data
- d. Penulisan hasil
- e. Seminar hasil
- f. Revisi skripsi sesuai masukan saat seminar hasil
- g. Ujian skripsi

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Seksio Sesarea

a. Definisi Seksio Sesarea

Seksio sesarea adalah tindakan operasi untuk mengeluarkan bayi¹ melalui insisi pada dinding perut (laparotomi) dan dinding rahim (histerotomi)² dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin diatas 500 gram³, dimana tindakan ini diperlukan untuk membantu persalinan yang tidak bisa dilakukan secara normal atau alami akibat masalah kesehatan ibu atau kondisi janin dan tindakan alternatif bagi mereka yang tidak ingin melahirkan secara normal⁴.

b. Epidemiologi Seksio Sesarea

Seksio sesarea di dunia terus mengalami peningkatan prevalensi¹³. Organisasi kesehatan dunia (2003) yang dirujuk oleh Ladja, C.J.H. (2017) memperkirakan bahwa angka persalinan dengan seksio sesarea sekitar 10% sampai 15% dari semua persalinan di negara-negara berkembang dibandingkan beberapa Negara maju yang 20% dan ada juga lebih dari 20%⁵. Badan Kesehatan Dunia (1985) yang dirujuk oleh Ladja, C.J.H. (2017)

merekomendasikan bahwa angka persalinan dengan tindakan seksio sesarea pada ibu hamil tidak boleh lebih dari 10-15%⁵.

Table 1 menjelaskan epidemiologi seksio sesarea di beberapa negara. Berdasarkan hasil survei WHO (2008) yang dirujuk oleh Astuti DM (2016), pada tiga benua, yakni Amerika Latin, Afrika dan Asia dilaporkan bahwa angka persalinan seksio sesarea mencapai 25,7%, angka kejadian terendah di Angola 2,3% sampai angka tertinggi 46,2% di Cina¹⁴. Menurut WHO (2014) yang dirujuk oleh Rezeki S (2018), bahwa seksio sesarea terus meningkat di seluruh dunia, khususnya di negara-negara berpenghasilan menengah dan tinggi diantaranya adalah Australia (32%), Colombia (43%) dan Brazil (54%)¹¹.

Tabel 1. Angka Kejadian Seksio Sesarea

No.	Tahun terbit	Angka kejadian	Tempat kejadian
1.	2008	46,2 %	Cina
2.	2008	2,3%	Angola
3.	2014	32%	Australia
4.	2014	43%	Colombia
5	2014	54%	Brazil

Sumber: WHO (2014)

Table 2 menjelaskan epidemiologi seksio sesarea di Indonesia secara nasional. Angka kejadian seksio sesarea di Indonesia menurut Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2007 yang dirujuk oleh Rahim, W.A. (2018), adalah 921.000 dari 4.039.000 persalinan atau sekitar 22,8%, angka ini lebih tinggi dan meningkat drastis bila dibandingkan pada

tahun 1997 yang hanya 4,1% persalinan yang berakhir dengan seksio sesarea, yaitu sebanyak 695 kasus dari 16.217 persalinan berdasarkan kementkes RI tahun 2011⁸.

Berdasarkan data Riskesdas 2010 yang dirujuk oleh Andayasar, L. (2014), menunjukkan angka kejadian seksio sesarea sebesar 15,3%¹³. Pada tahun 2011 berdasarkan SDKI yang dirujuk oleh Salamba, M.T. (2017), angka persalinan secara seksio sesarea secara nasional rata-rata 22,5% dari seluruh persalinan³.

Tabel 2. Angka Kejadian Seksio Sesarea di Indonesia

No.	Penulis	Tahun terbit	Angka kejadian
1.	Kemenkes RI	1997	4,1%
2.	SDKI	2007	22,8%
3.	Andayasary, Lelly dkk.	2010	15,3%
4.	SDKI	2011	22,5%
5.	Zanah, M., dkk	2013	9,8%
6.	SDKI	2017	17%

Penurunan angka kejadian terjadi pada tahun 2013 dari hasil data Riskesdas yang dirujuk oleh Zanah M. (2015), menunjukkan persalinan dengan seksio sesarea di Indonesia sebesar 9,8% dari total 49.603 kelahiran¹⁵. Namun, menurut SDKI tahun 2017, peningkatan persentase persalinan dengan seksio sesarea kembali meningkat sebesar 17%¹⁶.

Table 3 menjelaskan epidemiologi seksio sesarea di Sulawesi Selatan. Data yang didapatkan dari dinas kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan

tahun 2009 ditemukan 4305 kasus seksio sesarea dan meningkat 5304 pada tahun 2010 menjadi 8366 kasus. Di Rumah Sakit Ibu dan Anak (RSIA) Siti Fatimah Makassar terjadi peningkatan dari 5,5 persen pada tahun 2000 menjadi 8,4 persen pada tahun 2001, kemudian sebesar 10 persen dari seluruh persalinan pada tahun 2002 dan 17 persen pada tahun 2003. Kemudian pada tahun 2012 persalinan seksio sesarea yaitu sejumlah 448 orang atau kurang lebih 50 orang setiap bulannya di RSIA Siti Fatimah Makassar⁹.

Tabel 3. Angka Kejadian Seksio Sesarea di Sul-Sel

No.	Penulis	Tahun terbit	Angka kejadian	Tempat kejadian
1.	Rosellah	2009	4305	Sul-Sel
2.	Rosellah	2010	8366	Sul-Sel
3.	Rosellah	2000	5,5%	RSIA Siti Fatimah Makassar
4.	Rosellah	2001	8,4%	RSIA Siti Fatimah Makassar
5.	Rosellah	2002	10%	RSIA Siti Fatimah Makassar
6.	Rosellah	2003	17%	RSIA Siti Fatimah Makassar
7.	Rosellah	2012	448	RSIA Siti Fatimah Makassar
8.	Ningsih H	2009	12,58%	RSIA Siti Fatimah Makassar
9.	Himapid	2008	38,3%	RSIA Pertiwi Makassar
10.	Ladja C	2014	29,7%	RSIA Pertiwi Makassar

Data yang diperoleh dari rekam medik RSIA Siti Fatimah Makassar mulai periode Januari-Desember tahun 2009 adalah sebanyak 4321 ibu yang melakukan persalinan, 544 diantaranya dilakukan seksio sesarea atau sekitar 2,58% dari seluruh persalinan¹⁷. Data dari Himapid tahun 2009,

yang dirujuk oleh Rosellah (2013), didapatkan dari data sekunder RSIA Pertiwi pada tahun 2008, tercatat 620 atau 38,3 persen persalinan dilakukan melalui bedah sesar dari total 1619 persalinan⁹. Data registrasi seksio sesarea di RSIA Pertiwi Makassar tahun 2014, yang dirujuk oleh Ladja C.J.H. (2017), memperlihatkan jumlah seksio sesarea 1351 kasus (29,7%) dari seluruh jumlah persalinan dalam satu tahun 4555 kasus⁵.

c. Indikasi Seksio sesarea

Indikasi seksio sesarea dilakukan apabila diambil langkah keputusan penundaan persalinan lebih lama akan menimbulkan bahaya serius bagi ibu, janin bahkan keduanya, atau bila tidak dimungkinkan dilakukan persalinan pervaginam secara aman⁵.

Banyak hal yang menjadi penyebab atau indikasi seorang ibu harus melakukan tindakan seksio sesarea. Baik itu karena pertimbangan medis maupun non medis¹⁸. Pertimbangan medis dilakukannya seksio sesarea antara lain karena faktor dari ibu dan faktor janin⁵. Saat ini persalinan secara seksio sesarea bukan saja karena adanya indikasi dari ibu ataupun indikasi janinnya, akan tetapi karena ada permintaan pasien itu sendiri atau direncanakan yang merupakan indikasi sosial¹³.

Adapun indikasi dilakukannya seksio sesarea, yaitu:

1) Indikasi Ibu

a) Riwayat Seksio Sesarea

Beberapa masalah dalam ilmu kebidanan modern telah sama kontroversialnya dengan penatalaksanaan wanita yang pernah memiliki riwayat kelahiran secara seksio sesarea. Selama banyak dekade, uterus dengan parut diyakini sebagian besar ahli dikontraindikasikan untuk melahirkan karena khawatir akan ruptur uterus². Dahulu seksio sesarea dilakukan dengan sayatan vertikal pada korpus uteri (secara klasik), sekarang umumnya memakai teknik sayatan melintang pada segmen bawah rahim¹⁹. Institusi obstetris selanjutnya melaporkan bahwa meskipun ruptur uterus terjadi sedikitnya 4 persen dari riwayat insisi klasik, hanya sekitar 0,5 persen dari insisi transversal yang mengalami ruptur².

Wanita dengan parut transversal pada segmen bawah uterus memiliki risiko pemisahan parut simtomatik yang paling rendah selama kehamilan berikutnya. Risiko tertinggi yaitu insisi vertikal sebelumnya yang meluas ke fundus seperti pada insisi klasik. Dalam tinjauan Chauhan tahun 2002 yang dirujuk oleh Cunningham, F.G. (2014) pada 157 wanita dengan riwayat kelahiran secara seksio sesarea klasik melaporkan bahwa seorang wanita mengalami ruptur uterus komplis sebelum awitan persalinan, sedangkan 9 persen mengalami dehisensi uterus².

Luasnya rentang risiko ruptur uterus yang berkaitan dengan berbagai tipe insisi uterus sebelumnya maka tidak mengherankan bahwa sebagian besar anggota American College of Obstetricians and Gynecologists yang dirujuk oleh Cunningham, F.G. (2014), menganggap tipe insisi sebelumnya sebagai faktor yang paling penting dalam mempertimbangkan percobaan persalinan pervagina².

b) Partus Lama

Persalinan/partus lama didefinisikan sebagai persalinan abnormal atau sulit¹⁹. Partus lama terbagi atas dua kelainan, yaitu:

(1) Kelainan Kala Satu

(a) Fase Laten Memanjang

Awitan persalinan laten didefinisikan sebagai saat ketika ibu mulai merasakan kontraksi yang teratur. Selama fase ini orientasi kontraksi uterus berlangsung bersama perlongoran dan pendataran serviks. Kriteria minimum Friedman untuk fase laten ke dalam fase aktif adalah kecepatan pembukaan serviks 1,2 cm/jam bagi nullipara dan 1,5 cm/jam untuk ibu multipara. Kecepatan pembukaan serviks ini tidak dimulai pada pembukaan tertentu. Fase laten terjadi bersamaan dengan persepsi ibu yang bersangkutan akan adanya his teratur yang disertai oleh pembukaan serviks yang progresif, walaupun lambat, dan berakhir pada pembukaan 3 sampai 5 cm. Ambang ini secara klinis mungkin bermanfaat, karena

mendefinisikan batas-batas pembukaan serviks yang bila telah terlewati dapat diharapkan terjadi persalinan aktif. Rosen (1977) yang dirujuk oleh Prawirohardjo, S. (2016), menganjurkan agar semua ibu diklasifikasikan berada dalam "persalinan aktif" apabila dilatasi mencapai 5 cm, sehingga apabila tidak terjadi perubahan progresif, perlu dipertimbangkan untuk melakukan intervensi¹⁹.

Lama fase laten sebesar 20 jam pada ibu nulipara dan 14 jam pada ibu multipara mencerminkan nilai maksimum secara statistik. Faktor-faktor yang mempengaruhi durasi fase laten antara lain adalah anestesia regional atau sedasi yang berlebihan, keadaan serviks yang buruk (misal tebal, tidak mengalami pendataran, atau tidak membuka), dan persalinan palsu¹⁹.

(b) Fase Aktif Memanjang

Kemajuan persalinan pada ibu nullipara memiliki makna khusus karena kurva-kurva memperlihatkan perubahan cepat dalam kecuraman pembukaan serviks antara 3-4 cm. Dalam hal ini, fase aktif persalinan, dari segi kecepatan pembukaan serviks tertinggi, secara konsistensi berawal saat serviks mengalami pembukaan 3 sampai 4 cm. Kemiripan yang agak luar biasa ini digunakan untuk menentukan fase aktif dan memberi petunjuk bagi penatalaksanaan. Dengan demikian, pembukaan serviks 3-4 cm atau lebih, disertai adanya kontraksi uterus, dapat secara meyakinkan digunakan sebagai batas awal persalinan aktif¹⁹.

Secara spesifik ibu nullipara yang masuk ke fase aktif dengan pembukaan 3-4 cm dapat diharapkan mencapai pembukaan 8 sampai 10 cm dalam 3 sampai 4 jam. Pengamatan ini mungkin bermanfaat. Sebagai contoh, apabila pembukaan serviks mencapai 4 cm, dokter dapat memperkirakan bahwa pembukaan lengkap akan tercapai dalam 4 jam apabila persalinan spontan berlangsung normal. Namun, kelainan persalinan fase aktif sering dijumpai¹⁹.

Keterkaitan atau faktor lain yang berperan dalam persalinan yang berkepanjangan dan macet adalah sedasi berlebihan, anestesia regional, dan malposisi janin. Pada persalinan yang berkepanjangan dan macet, Friedman menganjurkan pemeriksaan fetopelvik untuk mendiagnosis disproporsi sefalopelvik. Terapi yang dianjurkan untuk persalinan yang berkepanjangan adalah penatalaksanaan menunggu, sedangkan oksitosin dianjurkan untuk persalinan yang macet tanpa disproporsi sefalopelvik. Apabila kita menilai arti berbagai kelainan persalinan menurut Friedman (1972) yang dirujuk oleh Prawirohardjo, S. (2016) dalam konteks implikasi saat ini bahwa disproporsi sefalopelvik mengharuskan dilakukannya seksio sesarea¹⁹.

Handa (1993) yang dirujuk oleh Prawirohardjo, S. (2016) mendiagnosis kemacetan fase aktif (tidak ada pembukaan selama 2 jam atau lebih) pada 5 persen nullipara aterm. World Health Organization (1994) yang dirujuk oleh Prawirohardjo, S. (2016) mengajukan suatu partograf penatalaksanaan

persalinan saat partus lama didefinisikan sebagai pembukaan serviks yang kurang dari 1 cm/jam selama minimal 4 jam¹⁹.

American College of Obstetricians and Gynecologists (1989) yang dirujuk oleh Prawirohardjo, S. (2016) menyarankan bahwa sebelum ditegakkan diagnosis kemacetan pada persalinan kala satu, kedua kriteria ini harus dipenuhi¹⁹.

- (i) Fase laten telah selesai, dengan serviks membuka 4 cm atau lebih¹⁹.
- (ii) Sudah terjadi pola kontraksi uterus sebesar 200 satuan Montevideo atau lebih dalam periode 10 menit selama 2 jam tanpa perubahan pada serviks¹⁹.

(2) Kelainan Kala Dua

Kala Dua Memanjang

Tahap ini berawal saat pembukaan serviks telah lengkap dan berakhir dengan keluarnya janin. Median durasinya adalah 50 menit untuk nullipara dan 20 menit untuk multipara, tetapi angka ini juga sangat bervariasi. Pada ibu dengan paritas tinggi yang vagina dan perineumnya sudah melebar, dua atau tiga kali usaha mengejan setelah pembukaan lengkap mungkin cukup untuk mengeluarkan janin. Sebaliknya, pada seorang ibu dengan panggul sempit atau janin besar, atau dengan kelainan gaya ekspulsif akibat anesthesia regional atau sedasi yang berat, maka kala dua dapat sangat memanjang. Kala II persalinan pada nullipara dibatasi 2 jam dan diperpanjang sampai 3 jam apabila digunakan analgesia regional. Untuk

multipara satu jam adalah batasnya, diperpanjang menjadi 2 jam pada penggunaan analgesia regional¹⁹.

c) Preeklamsia dan Eklamsia

Preeklamsia merupakan penyulit kehamilan yang akut dan dapat terjadi ante, intra, dan postpartum¹⁹. Preeklamsia ditandai dengan adanya dua dari triasnya yaitu hipertensi disertai proteinuria dan/atau edema setelah kehamilan 20 minggu². Gambaran klinik preeklamsia bervariasi luas dan sangat individual. Kadang-kadang sukar untuk menentukan gejala preeklamsia mana yang timbul lebih dahulu¹⁹.

Secara teoritik urutan-urutan gejala yang timbul pada preeklamsia ialah edema, hipertensi dan terakhir proteinuria, sehingga bila gejala-gejala ini timbul tidak dalam urutan diatas dapat dianggap bukan preeklamsia. Dari semua gejala tersebut, timbulnya hipertensi dan proteinuria merupakan gejala yang paling penting. Namun, sayangnya penderita seringkali tidak merasakan perubahan ini. Bila penderita sudah mengeluh adanya gangguan nyeri kepala, gangguan penglihatan, atau nyeri epigastrium, maka penyakit ini sudah cukup lanjut¹⁹.

Preeklamsia sering mengenai perempuan muda dan nullipara, sedangkan perempuan yang lebih tua lebih berisiko mengalami hipertensi kronis yang bertumpang tindih dengan preeklamsia. Selain itu, insiden sangat dipengaruhi oleh ras dan etnis, oleh karena predisposisi genetik. Faktor lain meliputi pengaruh lingkungan, sosioekonomi, dan bahkan musim. Faktor-faktor risiko lain yang berkaitan dengan preeklamsia

mencakup obesitas, kehamilan ganda, usia ibu lebih dari 35 tahun, dan etnis Afrika-Amerika¹⁹.

Setelah ditegakkannya diagnosis preeklamsia berat, induksi persalinan dan kelahiran pervagina sudah sejak dulu dianggap merupakan tatalaksana ideal. Penundaan bila janin belum matur merupakan pertimbangan berikutnya. Beberapa kekhawatiran, termasuk serviks yang belum matang, persepsi adanya kedaruratan karena keparahan preeklamsia, dan perlunya dilakukan koordinasi dengan unit intensif neonatus, telah menyebabkan beberapa ahli menganjurkan kelahiran seksio sesarea. Alexander dkk., tahun 1999 yang dirujuk oleh Cunningham FG., dkk tahun 2014 mengamati 278 bayi tunggal yang lahir hidup dengan berat badan 750 hingga 1.500 g yang dilahirkan oleh perempuan dengan preeklamsia berat di Parkland Hospital. Pada separuh perempuan tadi, persalinan diinduksi, dan sisanya menjalani kelahiran caesar tanpa menjalani proses bersalin. Induksi berhasil membantu kelahiran pervaginam pada sepertiga kasus, dan tidak memiliki efek buruk bagi bayi berberat lahir sangat rendah. Alanis dkk. Tahun 2008 melaporkan hasil pengamatan yang serupa. Dalam ulasan sistematis terbaru mereka, Le Ray dkk. tahun 2009 yang dirujuk oleh Cunningham, F.G. (2014) memastikan kesimpulan tersebut².

Eklamsia merupakan kasus akut pada penderita preeklamsia, yang disertai dengan kejang menyeluruh dan/atau koma. Timbulnya kejang pada perempuan dengan preeklamsia yang tidak disebabkan oleh penyebab lain. Kejang yang timbul merupakan kejang umum dan dapat terjadi sebelum,

saat, atau setelah persalinan². Sama halnya dengan preeklamsia, eklamsia dapat timbul pada ante, intra, dan postpartum. Pada penderita preeklamsia yang akan kejang, umumnya memberi gejala-gejala atau tanda-tanda yang khas, yang dapat dianggap sebagai tanda prodroma akan terjadinya kejang. Preeklamsia yang disertai dengan tanda-tanda prodroma ini disebut sebagai *impending eclampsia* atau *imminent eclampsia*. Disebut *impending eclampsia* bila preeklamsia berat disertai gejala-gejala subjektif berupa nyeri kepala hebat, gangguan visus, muntah-muntah, nyeri epigastrium, dan kelainan progresif tekanan darah¹⁹.

Preeklamsia yang disertai komplikasi kejang umum tonik-klonik sangat meningkatkan risiko bagi ibu maupun janin. Komplikasi utama pada ibu mencakup solusio plasenta (10%), defisit neurologis (7%), pneumonia aspirasi (7%), edema paru (5%), henti jantung-paru (4%), dan gagal ginjal akut (4%). Bahkan, 1 persen di antaranya meninggal².

Unit bersalin di Eropa juga melaporkan angka kesakitan dan kematian ibu serta perinatal yang sangat tinggi pada eklamsia. Dalam suatu laporan dari Skandinavia yang meliputi periode 2 tahun, berakhir pada tahun 2000, Andersgaard dkk. tahun 2006 menguraikan mengenai 232 perempuan dengan eklamsia. Meskipun hanya terdapat satu kematian ibu, sepertiga perempuan mengalami komplikasi berat, yang mencakup sindrom HELLP, gagal ginjal, edema paru, emboli paru, dan stroke. United Kingdom Obstetric Surveillance System (UKOSS) yang telah diaudit oleh Knight tahun 2007 yang dirujuk oleh Cunningham FG (2014), melaporkan hasil

akhir maternal pada 214 perempuan yang mengalami eklamsia. Tidak terdapat kematian ibu, dan meskipun hasil akhir membaik dibandingkan pada hasil audit sebelumnya, lima perempuan mengalami perdarahan serebral. Zwart dkk. tahun 2008 melaporkan di Belanda selama 2 tahun hingga 2006, terdapat tiga kematian ibu di antara 222 perempuan yang mengalami eklamsia. Dari Dublin, Akkawi dkk. tahun 2009 melaporkan empat kematian ibu di antara 247 perempuan eklamsia. Jadi, di negara maju, angka kematian ibu adalah sekitar 1 persen pada perempuan yang mengalami eklamsia bila dilihat, angka ini 1000 kali lebih tinggi dari angka kematian ibu nasional di masing-masing negara².

d) Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen-bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. Pada keadaan normal plasenta terletak di bagian atas uterus. Klasifikasi plasenta previa di dasarkan atas terabanya jaringan plasenta melalui pembukaan jalan lahir pada waktu tertentu. Plasenta berfungsi sebagai transport zat dari ibu ke janin, menghasilkan hormone yang bermanfaat bagi kehamilan, dan sebagai barrier⁷.

Adapun Klasifikasi dari plasenta previa menurut Cunningham (2014):

- 1) Plasenta previa total bila ostium intenum sepenuhnya ditutupi plasenta².
- 2) Plasenta previa parsial bila ostium intenum sebagian ditutupi plasenta².

- 3) Plasenta previa marginal bila tepi plasenta berada pada pinggir ostium intenum².
- 4) Plasenta letak rendah bila plasenta berimplantasi pada segmen bawah uterus sedemikian rupa sehingga tepi plasenta tidak mencapai ostium intenum, tetapi terletak berdekatan dengan ostium tersebut².

Hubungan dan definisi yang digunakan untuk klasifikasi pada beberapa kasus plasenta previa bergantung pada pembukaan serviks saat dilakukan penilaian. Misalnya, plasenta letak rendah pada pembukaan 2 cm dapat menjadi plasenta previa parsial pada pembukaan 8 cm karena serviks yang membuka tidak lagi menutupi plasenta. Sebaliknya, plasenta previa yang tampaknya total sebelum pembukaan serviks dapat menjadi parsial pada pembukaan 4 cm karena serviks membuka melebihi tepi plasenta¹.

Plasenta previa meningkatkan risiko kehilangan darah disebabkan plasenta menutupi ostium uteri intenum, terbentuknya segmen bawah uterus adanya pembukaan ostium uteri intenum sehingga terjadi robekan perlekatan plasenta. Perdarahan ini diperhebat karena ketidakmampuan bawaan serta myometrium di segmen bawah uterus untuk berkontraksi menutup pembuluh yang robek. Perdarahan ini dapat berlanjut setelah plasenta keluar akibat segmen bawah uterus berkontraksi dengan buruk. Perdarahan juga bisa berasal dari robekan serviks dan segmen bawah uterus yang lemah, khususnya setelah keluarnya manual plasenta yang agak melekat. Secara keseluruhan langka yang direkomendasikan yaitu persalinan seksio sesarea⁷.

e) Disproporsi fetopelvik

Disproporsi fetopelvik terjadi akibat berkurangnya kapasitas pelvis, ukuran janin yang sangat besar, atau yang lebih umum, kombinasi keduanya³. Salah satu indikasi untuk seksio sesarea yang menetap, dimana ukuran panggul tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang menyebabkan ibu tidak bisa melahirkan dengan normal, kecuali dengan ibu panggulnya sempit relatif yang anaknya kecil dan dapat melewati panggul¹⁵.

Setiap kontraksi diameter pelvik yang mengurangi kapasitasnya dapat menciptakan distosia selama persalinan. Mungkin terdapat kontraksi pintu atas panggul, bagian tengah panggul, atau pintu bawah panggul, atau secara umum pelvik yang sempit disebabkan oleh kombinasinya².

Ukuran janin jarang menjadi penjelasan yang sesuai untuk persalinan yang gagal. Bahkan dengan evolusi teknologi saat ini, ambang ukuran janin untuk memprediksi CPD masih sulit dipahami. Sebagian besar kasus disproporsi muncul pada janin yang beratnya cukup dalam kisaran populasi obstetris umum. Dua pertiga neonatus yang memerlukan kelahiran caesar setelah kelahiran dengan forseps yang gagal, memiliki berat badan kurang dari 3700 gram. Karena itu, faktor-faktor lain, seperti malposisi kepala, menghalangi perjalanan janin melewati jalan lahir².

Keterkaitan panggul sempit dengan persalinan sesar dengan menyatakan adaptasi mekanis janin sebagai penumpang terhadap bagian

tulang jalan lahir berperan penting dalam menentukan efisiensi kontraksi. Akibat panggul sempit membuat adaptasi buruk, sering pemanjangan waktu bersalin. Tingkat derajat penyempitan panggul yang tidak memungkinkan persalinan pervagina, servik jarang membuka lengkap dan reaksi serviks didalam persalinan kurang baik⁴.

f) Ketuban Pecah Dini

Ketuban yang pecah spontan 1 jam atau lebih sebelum dimulainya persalinan diartikan sebagai pecah dini atau pecah sebelum waktunya. Waktu persalinan air ketuban membuka servik dengan mendorong selaput janin ke dalam ostium uteri, bagian selaput anak yang di atas ostium uteri menonjol waktu his disebut ketuban. Cairan ini sangat penting untuk melindungi pertumbuhan dan perkembangan janin misalnya menjadi bantalan untuk melindungi janin terhadap trauma dari luar, menstabilkan perubahan suhu, pertukaran cairan, sarana untuk memungkinkan janin bergerak bebas, sampai mengatur tekanan dalam Rahim. Selain itu ketuban berfungsi melindungi janin dari infeksi, dan pada saat persalinan, ketuban yang mendorong cervix untuk membuka, juga meratakan tekanan intra uteri dan membersihkan jalan lahir bila ketuban pecah⁷.

Komplikasi bila terjadi ketuban pecah dini (KPD) mengakibatkan malpresentasi, prolapse tali pusat dan infeksi intrauterine bila janin tidak dilahirkan dalam 24. Neonates berhubungan erat dengan prematuritas, termasuk mengalami respiratory distress syndrome (RDS), hypoplasia paru

serta deformitas skelet (berhubungan dengan tingkat keparahan dan lamanya KPD). Resiko tinggi empat kali lipat⁷.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan sekitar 60-70% bayi yang mengalami ketuban pecah dini akan lahir sendiri 2x24 jam. Apabila bayi tidak lahir lewat waktu, barulah dokter akan melakukan tindakan operasi seksio sesarea³.

2) Indikasi Janin

b) Gawat Janin

Terjadi perubahan kecepatan denyut jantung janin yang dapat menunjukkan suatu masalah pada bayi. Perubahan kecepatan denyut jantung, dapat terjadi jika tali pusat tertekan atau berkurangnya aliran darah yang teroksigenasi ke plasenta³. Adanya bradikardi berat, iregularitas denyut jantung janin atau adanya pola deselerasi yang terhambat, kadang-kadang menyebabkan perlunya seksio sesarea darurat⁴.

Diagnosa gawat janin berdasarkan pada keadaan kekurangan oksigen (hipoksia) yang diketahui dari denyut jantung janin yang abnormal, dan adanya mekonium dalam air ketuban. Normalnya, air ketuban pada bayi cukup bulan berwarna putih agak keruh, seperti air cucian beras. Jika tindakan seksio sesarea tidak dilakukan, dikhawatirkan akan terjadi kerusakan neurologis akibat keadaan asidosis yang progresif, dan bila juga ibu menderita tekanan darah tinggi atau kejang pada rahim, mengakibatkan gangguan pada plasenta dan tali pusat sehingga aliran oksigen kepada bayi

menjadi berkurang. Kondisi ini bisa menyebabkan janin mengalami kerusakan otak, bahkan tidak jarang meninggal dalam rahim²⁰.

Gawat janin merupakan asfiksia janin yang progresif yang dapat menimbulkan berbagai dampak seperti dekompresi dan gangguan sistem saraf pusat serta kematian. Jika serviks telah berdilatasi dan kepala janin tidak lebih dari 1/5 di atas symphysis pubis, atau bagian teratas tulang, lakukan persalinan dengan ekstraksi vakum ataupun forcep. Jika serviks tidak berdilatasi penuh dan kepala janin berada lebih 1/5 atas di atas symphysis pubis, maka lakukan persalinan dengan seksio sesarea karena bahaya janin dapat meninggal dalam kandungan⁴.

c) Kelainan Letak

(1) Presentasi Muka

Presentasi muka terjadi apabila sikap janin ekstensi maksimal sehingga oksiput mendekat kearah punggung janin dan dagu menjadi bagian presentasinya. Wajah bayi dapat tampak dengan dagu (mentum) di bagian anterior atau posterior, relatif terhadap simfisis pubis ibu. Walaupun kebanyakan dapat menetap, banyak presentasi dagu posterior berubah secara spontan menjadi anterior, bahkan pada persalinan lanjut. Jika tidak, dahi (bregma) janin tertekan melawan simfisis pubis ibu. Posisi ini mencegah fleksi kepala janin yang diperlukan untuk melintasi jalan lahir¹⁹.

Posisi dagu di anterior adalah syarat yang harus dipenuhi apabila janin presentasi muka hendak dilahirkan vaginal. Tidak adanya panggul yang

sempit, dan dengan persalinan yang efektif, biasanya akan diikuti oleh keberhasilan kelahiran pervagina. Pemantauan denyut jantung janin mungkin lebih baik dilakukan dengan alat eksternal untuk menghindari kerusakan terhadap wajah dan mata. Karena presentasi wajah di antara janin cukup bulan lebih sering dijumpai jika terdapat beberapa derajat pintu atas panggul yang sempit, kelahiran caesar sering kali diindikasikan. Bedah sesar dilakukan apabila setelah pembukaan lengkap posisi dagu masih posterior, didapatkan tanda-tanda disproporsi, atau atas indikasi obstetrik lainnya¹⁹.

Melakukan perubahan posisi dagu secara manual ke arah anterior atau mengubah presentasi muka menjadi presentasi belakang kepala sebaiknya tidak dilakukan karena lebih banyak menimbulkan bahaya. Melahirkan bayi presentasi muka menggunakan ekstraksi vakum tidak diperkenankan. Pada janin yang meninggal, kegagalan melahirkan vaginal secara spontan dapat diatasi dengan kraniotomi atau bedah sesar¹⁹.

(1) Presentasi Dahi

Presentasi dahi terjadi manakala kepala janin akan mengambil posisi dipertengahan antara fleksi penuh (oksiput) dan ekstensi (wajah). Didiagnosis jika bagian kepala janin di antara margo supraorbitalis dan fontanel anterior berada di pintu atas panggul². Pada pemeriksaan dalam dapat diraba daerah sinsiput yang berada di antara ubun-ubun besar dan pangkal hidung. Bila menetap janin dengan presentasi ini tidak dapat

dilahirkan oleh karena besarnya diameter oksipitomental yang harus melalui panggul. Janin dengan ukuran kecil dan punggungnya berda di posterior atau ukuran panggul yang sedemikian luas mungkin masih dapat dilahirkan pervagina¹⁹.

Apabila presentasi dahi didiagnosis pada persalinan awal dengan selaput ketuban yang utuh observasi ketat dapat dilakukan. Observasi ini dimaksudkan untuk menunggu kemungkinan perubahan presentasi secara spontan. Presentasi dahi yang menetap atau dengan selaput ketuban yang sudah pecah sebaiknya dilakukan bedah sesar untuk melahirkannya. Jangan melahirkan menggunakan bantuan ekstraksi vakum, forseps, atau simpisiotomi karena hanya akan meningkatkan morbiditas dan mortalitas¹⁹.

(2) Posisi Melintang

Pada posisi ini, aksis memanjang janin diperkirakan tegak lurus terhadap ibu. Jika aksis panjang membentuk sudut akut, dihasilkan janin dengan posisi oblik. Pada posisi melintang, biasanya bahu berada di atas pintu atas panggul. Kepala berada pada salah satu fossa iliaca, dan bokong di fossa lainnya. Keadaan ini menciptakan presentasi bahu dengan sisi ibu, tempat akromion terletak, menentukan arah posisi janin, yaitu akromial kanan atau kiri. Dan karena pada kedua posisi tersebut punggung janin dapat berada di anterior atau posterior, superior atau inferior, biasanya dibedakan lagi menjadi dorsoanterior dan dorsoposterior².

Pelahiran spontan dari neonatus yang sepenuhnya telah berkembang tidak mungkin terjadi dengan posisi melintang yang persisten. Setelah membran ruptur, jika persalinan berlanjut, bahu janin didorong ke dalam panggul, dan lengan yang berhubungan sering kali menonjol. Setelah beberapa penurunan, bahu tertahan oleh tepi pintu atas panggul, dengan kepala pada salah satu fossa iliaca dan bokong pada fossa lainnya. Seiring berlanjutnya persalinan, bahu tertahan dengan kuat di bagian atas panggul. Kemudian uterus berkontraksi dengan kuat pada usaha yang tidak berhasil untuk mengatasi halangan. Seiring dengan ini, cincin retraksi muncul jauh lebih tinggi dan menjadi lebih nyata. Dengan posisi melintang terabaikan ini, akhirnya uterus akan mengalami ruptur. Walaupun tanpa komplikasi ini, morbiditas meningkat karena seringnya terjadi plasenta previa, kecenderungan meningkatnya prolapsus tali pusat, dan perlunya usaha operatif major².

Persalinan aktif pada perempuan dengan posisi melintang, biasanya merupakan indikasi untuk kelahiran seksio sesarea. Dengan kelahiran caesar, karena baik kaki maupun kepala janin tidak berada pada segmen bawah uterus, insisi melintang rendah ke dalam uterus dapat menyebabkan ekstraksi janin yang sulit. Hal ini sangat benar pada presentasi dorsoanterior. Dengan demikian, biasanya insisi vertikal diindikasikan².

(3) Presentasi Bokong

Presentasi bokong adalah janin letak memanjang dengan bagian terendahnya bokong, kaki, atau kombinasi keduanya. Dengan insidensi 3-4% dari seluruh kehamilan tunggal pada umur kehamilan cukup bulan (≥ 37 minggu), presentasi bokong merupakan malpresentasi yang paling sering dijumpai. Sebelum umur kehamilan 28 minggu, kejadian presentasi bokong berkisar antara 25–30%, dan sebagian besar akan berubah menjadi presentasi kepala setelah umur kehamilan 34 minggu¹⁹.

Manajemen presentasi bokong mengalami perubahan yang mengarah kepada semakin dipilihnya cara persalinan bedah sesar dibandingkan vaginal. Kontroversi masih terjadi dalam pilihan cara persalinan pada presentasi bokong. Hal tersebut hendaknya tidak membuat kekhawatiran terjadinya kematian atau morbiditas perinatal membuat semua kasus presentasi bokong dilakukan bedah sesar¹⁹.

Tujuan penanganan pada masa kehamilan adalah mencegah malpresentasi pada waktu persalinan. Pada saat ini ada tiga cara yang dipakai untuk mengubah presentasi bokong menjadi presentasi kepala yaitu versi luar, moksibusi dan/atau akupunktur, dan posisi dada-lutut pada ibu. Bukti-bukti tentang manfaat dan keamanan tindakan versi luar sudah cukup tetapi masih belum bagi tindakan moksibusi dan/atau akupunktur, dan posisi dada-lutut. Dengan demikian, baru rindakan versi luar yang direkomendasikan¹⁹.

Dianjurkan untuk melakukan versi luar di tempat yang memiliki fasilitas melakukan bedah sesar emergensi. Informed consent diperoleh setelah memberikan konseling yang berisi informasi tentang kemungkinan komplikasi, pilihan lain (bedah sesar), prognosis, dan bagaimana prosedur akan dilakukan. Pemeriksaan NST (non-stress test) perlu dilakukan sebelum dan sesudah prosedur dilakukan¹⁹.

(4) Presentasi Majemuk

Presentasi majemuk adalah terjadinya prolaps satu atau lebih ekstremitas pada presentasi kepala ataupun bokong. Kepala memasuki panggul bersamaan dengan kaki dan atau tangan. Presentasi majemuk juga dapat terjadi manakala bokong memasuki panggul bersamaan dengan tangan. Dalam pengertian presentasi majemuk tidak termasuk presentasi bokong-kaki, presentasi bahu, atau prolaps tali pusat. Apabila bagian terendah janin tidak menutupi dengan sempurna pintu atas panggul, maka presentasi majemuk dapat terjadi. Jenis presentasi majemuk yang sering terjadi adalah kombinasi kepala dengan tangan atau lengan. Kaki yang menyertai kepala atau tangan yang menyertai bokong jarang terjadi¹⁹.

Penanganan presentasi majemuk dimulai dengan menetapkan adanya prolaps tali pusat atau tidak. Adanya prolaps tali pusat menimbulkan keadaan emergensi bagi janin, dan penanganan dengan melakukan bedah sesar ditujukan untuk mengatasi akibat prolapse tali pusat tersebut daripada presentasi majemuknya. Hal-hal yang perlu dipertimbangkan

adalah presentasi janin, ada tidaknya prolaps tali pusat, pembukaan serviks, keadaan selaput ketuban, kondisi dan ukuran janin, serta ada tidaknya kehamilan kembar. Bergantung pada keadaan-keadaan tersebut persalinan dapat berlangsung vaginal ataupun abdominal¹⁹.

d) Janin Besar

Janin besar adalah janin yang memiliki taksiran berat >4000 gram. Janin yang mengalami makrosomia memiliki komplikasi peningkatan risiko kematian intrauterine dan kematian neonatus serta trauma jalan lahir, terutama distosia bahu dan palsy pleksus brakial. Hal tersebutlah yang membuat persalinan seksio sesarea menjadi pilihan⁷.

Ukuran janin yang berlebihan dapat menimbulkan masalah, dan makrosomia didefinisikan sebagai bayi yang berat lahirnya lebih dari 4.000g. Tujuan perawatan perinatal adalah menghindari kesulitan persalinan akibat makrosomia, serta trauma kelahiran yang berkaitan dengan distosia bahu. Kecuali otak, sebagian besar organ janin terpengaruh oleh makrosomia yang sering menandai janin dari ibu dengan diabetes. Bayi makrosomik dari ibu diabetes dilaporkan berbeda dari bayi besar masa kehamilan lainnya secara antropometris. Secara spesifik, mereka yang ibunya mengidap diabetes memperlihatkan penimbunan lemak berlebihan di bahu dan badan, yang mempermudah terjadinya distosia bahu dan meningkatkan angka bedah caesar⁷.

Hiperglikemia ibu mendorong terjadinya hiperinsulinemia pada janin terutama selama paruh kedua gestasi, yang pada gilirannya merangsang pertumbuhan somatik berlebihan. Terjadilah makrosomia. Demikian juga, hiperinsulinemia neonatus dapat memicu hipoglikemia dalam beberapa menit setelah lahir. Insiden sangat bervariasi bergantung pada ambang yang digunakan untuk mendefinisikan hipoglikemia neonatus⁷.

Bedah caesar elektif untuk menghindari cedera pleksus brakialis pada bayi makrosomik merupakan suatu masalah penting. American College of Obstetricians and Gynecologists tahun 2001 menyarankan bahwa bedah caesar perlu dipertimbangkan pada wanita dengan berat janin yang diperkirakan secara sonografis >4500 g. Bedah caesar elektif tidak berdampak signifikan pada insiden cedera pleksus brakialis. Induksi elektif untuk mencegah distosia bahu pada wanita yang secara sonografis didiagnosis mengandung janin makrosomik, dibandingkan dengan persalinan spontan, juga kontroversial⁷.

e) Janin Kembar

Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Kehamilan kembar mempunyai beberapa pengaruh pada ibu dan janin. Moratalitas janin pada kehamilan kembar empat kali kehamilan tunggal⁷.

Persalinan yang direkomendasikan untuk kehamilan kembar dua bergantung pada presentasi, usia gestasi (taksiran berat janin), dan kondisi ibu dan janin. Selain itu bedah sesar sudah sejak dulu digunakan untuk

kehamilan kembar ketika presntasi janin bukan vertex dan untuk semua kehamilan kembar dengan jumlah janin banyak⁷.

Kehamilan kembar dapat memberi risiko yang lebih tinggi terhadap ibu dan bayi. Oleh karena itu dalam menghadapi kehamilan kembar harus dilakukan pengawasan hamil yang lebih intensif. Namun jika ibu mengandung 3 janin atau lebih maka sebaiknya menjalani seksio sesarea. Hal ini akan menjamin bayi-bayi tersebut dilahirkan dalam kondisi sebaik mungkin dengan trauma minimum⁷.

Pada kehamilan kembar terjadi distensi uterus secara berlebihan. Morbiditas dan mortalitas ibu dan janin mengalami peningkatan yang nyata pada kehamilan dengan janin lebih dari satu, karena itu mempertimbangkan kehamilan kembar dengan komplikasi tidaklah berlebihan. Adapun bahaya yang lebih besar bagi ibu adalah anemia, preeclampsia dan eklampsia, perdarahan post partum. Tidak semua persalinan dengan gemmeli harus diselesaikan dengan tindakan seksio sesarea, bila memenuhi persyaratan untuk persalinan normal maka dilakukan persalinan pervaginam. Tindakan seksio sesarea pada kehamilan kembar dilakukan dalam kondisi janin letak lintang⁷.

2) Indikasi Sosial

Selain indikasi ibu dan janin terdapat indikasi sosial untuk dilakukannya persalinan secara seksio sesarea, yang timbul karena permintaan pasien meskipun untuk dilakukan persalinan normal tidak ada masalah atau

kesulitan yang bermakna. Indikasi sosial biasanya sudah direncanakan terlebih dahulu atau dapat disebut dengan seksio sesarea elektif⁴.

Adapun indikasi sosial, adalah:

- a) Wanita yang takut melahirkan berdasarkan pengalaman sebelumnya⁴.
- b) Wanita yang ingin seksio sesarea elektif karena takut bayinya mengalami cedera atau asfiksia selama persalinan atau mengurangi resiko kerusakan dasar panggul⁴.
- c) Wanita yang takut terjadinya perubahan pada tubuhnya atau sexuality image setelah melahirkan⁴.

Permintaan ibu untuk melakukan seksio sesarea sebenarnya bukanlah suatu indikasi untuk dilakukan seksio sesarea. Alasan yang spesifik dan rasional harus dieksplorasi dan didiskusikan. Ketika seorang ibu meminta untuk dilakukan seksio sesarea dengan alasan yang tidak begitu jelas, maka resiko keuntungan dari masing-masing persalinan normal dan seksio sesarea harus didiskusikan⁴.

Penelitian mendapatkan 2/3 responden dokter kebidanan menyatakan rata-rata pasien memilih persalinan seksio sesarea atas permintaan sendiri dengan alasan yang beragam seperti takut nyeri persalinan, kemudahan bersalin, takut sesuatu terjadi pada janin, ketidak stabilan hasil dan takut dilakukan forsep pada persalinan pervagina, kekhawatiran terjadi disfungsi seksual, inkontensia urin atau prolaps panggul. Ibu hamil tidak jarang juga beranggapan bahwa persalinan pervagina dapat

mengendurkan otot-otot vagina atau perubahan alat genitalia, menyebabkan perubahan sensasi seksual sehingga keharmonisan terganggu⁴.

d. Jenis-jenis Seksio Sesarea

Ada dua jenis sayatan operasi yang dikenal, yaitu:

1) Sayatan melintang

Sayatan pembedahan dilakukan dibagian bawah rahim (SBR). Sayatan melintang dimulai dari ujung atau pinggir selangkangan (*simphysis*) di atas batas rambut kemaluan sepanjang sekitar 10-14 cm.

Keuntungannya adalah parut pada rahim kuat sehingga cukup kecil risiko menderita ruptur uteri (robek rahim) di kemudian hari. Hal ini karena pada masa nifas, segmen bawah rahim tidak banyak mengalami kontraksi sehingga luka operasi dapat sembuh lebih sempurna²¹.

2) Sayatan memanjang (bedah caesar klasik)

Meliputi sebuah pengirisan memanjang dibagian tengah yang memberikan suatu ruang yang lebih besar untuk mengeluarkan bayi²¹. Diperlukan luka insisi yang lebih lebar karena bayi sering dilahirkan dengan bokong dahulu²². Namun, jenis ini kini jarang dilakukan karena jenis ini labil, rentan terhadap komplikasi²¹. Satu-satunya indikasi untuk prosedur segmen atas adalah kesulitan teknis dalam menyingkapkan segmen bawah. Sekarang teknik ini hampir sudah tidak dilakukan lagi karena insidensi

perlekatan isi abdomen pada luka jahitan uterus dan insidensi ruptur uteri pada kehamilan berikutnya lebih tinggi²².

e. Kontraindikasi Seksio Sesarea

Seksio sesarea dilakukan untuk kepentingan ibu dan janin, adanya faktor yang menghambat berlangsungnya tindakan seksio sesarea, seperti adanya gangguan mekanisme pembekuan darah pada ibu, lebih dianjurkan untuk dilakukan persalinan pervaginam, oleh karena insisi yang menyebabkan perdarahan dapat seminimal mungkin. Seksio sesaria umumnya tidak dilakukan pada kasus keadaan janin sudah mati dalam kandungan, ibu syok atau anemia berat yang belum teratasi, pada janin dengan kelainan kongenital mayor yang berat atau terjadi infeksi dalam kehamilan³.

f. Komplikasi Seksio Sesarea

Morbiditas maternal pada seksio sesarea lebih besar dibandingkan dengan persalinan pervaginam. Komplikasi pasca seksio sesarea dapat berasal dari perdarahan, sepsis, luka pada traktus urinarius dan tromboemboli serta dapat menyebabkan kematian ibu. Komplikasi pasca seksio sesarea, meliputi³:

1) Perdarahan

Perdarahan merupakan komplikasi paling serius yang memerlukan transfusi darah dan merupakan penyebab utama kematian maternal. Penyebab perdarahan pada tindakan operasi dapat disebabkan karena atonia uteri, robekan 29 lahir, perdarahan karena mola hidatidosa atau koriokarsinoma, gangguan pembekuan darah akibat kematian janin dalam rahim lebih dari 6 minggu, solusio plasenta, emboli air ketuban dan retensio plasenta, yaitu gangguan pelepasan plasenta menimbulkan perdarahan dari tempat implantasi plasenta³.

2) Infeksi

Setiap tindakan pembedahan hampir selalu diikuti oleh kontaminasi bakteri, sehingga menimbulkan infeksi³. Risiko infeksi lebih besar daripada kelahiran pervaginam²³. Infeksi semakin meningkat apabila didahului faktor predisposisi yang memudahkan terjadinya infeksi, yaitu keadaan umum yang rendah misalnya terdapat anemia saat kehamilan atau sudah terdapat infeksi sebelumnya, keadaan malnutrisi, perlukaan operasi yang menjadi jalan masuk bakteri, pelaksanaan operasi persalinan yang kurang legeartis seperti rendahnya tingkat higienitas dan sterilitas alat pembedahan dan ruang operasi, proses persalinan bermasalah seperti partus lama atau macet, korioamnionitis, persalinan traumatik, kurang baiknya proses pencegahan infeksi dan manipulasi yang berlebihan³.

3) Trauma Tindakan Operasi Persalinan

Operasi merupakan suatu tindakan pertolongan persalinan sehingga tidak menutup kemungkinan dapat menimbulkan trauma jalan lahir. Trauma operasi persalinan diantaranya dapat berupa perluasan luka episiotomi, perlukaan pada vagina, perlukaan pada serviks, perlukaan pada forniskolpoporeksis, terjadi ruptura uteri lengkap atau tidak lengkap, terjadi fistula dan inkontinensia. Ruptura uteri dan kolpoporeksis merupakan akibat dari trauma tindakan operasi persalinan yang diyakini paling berat³.

4) Tromboemboli

Aliran darah yang normal tergantung pada pemeliharaan keseimbangan antara antikoagulan yang beredar, antikoagulan endotelium serta faktor-faktor prokoagulan. Apabila keseimbangan tersebut terganggu, dapat terjadi trombosis. Pada suatu kondisi yang memperlambat aliran darah, misalnya pada ibu hamil yang merupakan salah satu faktor risiko untuk mengalami kejadian tromboemboli, sedangkan risiko tromboemboli setelah tindakan seksio sesarea diperkirakan dialami 1-2% pasien³.

Faktor-faktor risiko kemungkinan terjadinya trombosis antara lain peningkatan konsentrasi estrogen atau progesteron dalam plasma, peningkatan konsentrasi beberapa faktor pembekuan pada kehamilan, partus, pasca seksio sesarea emergensi, partus dengan instrumen dan grandemultiparitas. Risiko trombosis juga meningkat pada usia lebih dari 35 tahun atau lebih dari 30 tahun dengan riwayat melahirkan lewat

pembedahan, obesitas dengan berat badan lebih dari 80 kg, immobilitas atau tirah baring lebih dari 4 hari, trauma dan pembedahan, dehidrasi misalnya pada keadaan emesis atau hiperemesis, perdarahan, infeksi yang belum lama terjadi, sepsis, kompresi pembuluh darah, merokok, stress, hipertensi, pre-eklamsia, diet tinggi lemak dan rendah serat, varises vena, trombofilia, sindrom antifosfolipid, lupus antikoagulan, riwayat tromboemboli pada pasien, diabetes melitus, penyakit yang telah ada sebelumnya misalnya pada kelainan saluran pernapasan, penyakit kardiovaskuler, arteriosklerosis, sindrom nefrotik, dan penyakit inflamasi usus³.

5) Kematian Ibu

Millennium Development Goals (MDGs) adalah deklarasi millenium yang berisi komitmen untuk mempercepat pembangunan manusia dan pemberantasan kemiskinan, dimana salah satu dari tujuan tersebut pada tujuan kelima adalah meningkatkan kesehatan ibu, dimana target yang akan dicapai sampai tahun 2015 adalah mengurangi sampai $\frac{3}{4}$ resiko jumlah kematian ibu. Dan Angka Kematian Ibu (AKI) merupakan salah satu indikator untuk melihat derajat kesehatan perempuan⁵.

Menurut World Health Organization (WHO) (2007) yang dirujuk oleh Ladja C.J.H (2017), diperkirakan kematian ibu terjadi lebih dari 500.000 kasus pertahun di seluruh dunia, yang terjadi akibat proses reproduksi. Kematian ibu menurut batasan dari *The Tenth Revision of The International*

Classification of Disease (ICD-10) (2007) yang dirujuk oleh Ladja C.J.H (2017), kematian wanita yang terjadi pada saat kehamilan, atau dalam 42 hari setelah berakhirnya kehamilan, tidak tergantung dari lama dan lokasi kehamilan, disebabkan apapun yang berhubungan dengan kehamilan, atau diperberat oleh kehamilan tersebut atau penanganannya, tetapi bukan kematian yang disebabkan oleh kecelakaan atau kebetulan⁵.

6) Pelekatan Organ Bagian Dalam

Penyebab pelekatan organ bagian dalam pascaoperasi sesarea adalah tak bersihnya lapisan permukaan dari noda darah. Terjadilah pelengketan yang menyebabkan rasa sakit pada panggul, masalah pada usus besar, serta nyeri saat melakukan hubungan seksual. Jika kelak dilakukan operasi sesarea lagi, pelekatan bisa menimbulkan kesulitan teknis sehingga melukai organ lain, seperti kandung kemih atau usus²⁰.

7) Risiko Psikologis

Bagi ibu yang melahirkan dengan tindakan seksio sesarea tidak saja menimbulkan resiko medis tapi juga resiko psikologis. Risiko seksio sesarea menurut tahun 2008, antara lain²¹:

a) *Baby blues*

Bagi sebagian ibu yang menjalani seksio sesarea ini merupakan masa peralihan. Biasanya berlangsung selama satu atau dua minggu. Hal ini

ditandai dengan perubahan suasana hati, kecemasan, sulit tidur, konsentrasi menurun²¹.

b) *Post Traumatic Syndrom Disorder (PTSD)*

Pengalaman perempuan menjalani seksio sesarea sebagai suatu peristiwa traumatik. 3% perempuan memiliki gejala klinis PTSD pada 6 minggu setelah *caesarea* dan 24% menunjukkan setidaknya 1 dari 3 komponen PTSD²¹.

c) Sulit pendekatan kepada bayi

Perempuan yang mengalami seksio sesarea mempunyai perasaan negatif setelah menjalani seksio sesarea tanpa memperhatikan kepuasan terhadap hasil operasi. Sehingga Ibu yang melahirkan secara seksio sesarea biasanya sulit dekat dengan bayinya. Bahkan jarang bisa menyusui dibandingkan dengan melahirkan normal. Karena rasa tidak nyaman akibat seksio sesarea²¹.

2. Gambaran Indikasi Ibu dan Janin pada Persalinan Melalui Seksio Sesarea

a. Indikasi Ibu

1) Riwayat Seksio Sesarea

Sebagian besar ahli meyakini uterus dengan parut dikontraindikasikan untuk melahirkan pervaginam karena khawatir ruptur uterus. Luasnya

rentang risiko ruptur uterus yang berkaitan dengan berbagai tipe insisi uterus sebelumnya maka sebagian besar menganggap tipe insisi sebelumnya sebagai faktor yang paling penting dalam mempertimbangkan percobaan persalinan pervaginam².

2) Partus Lama

Persalinan yang berlangsung lebih dari 18-24 jam digolongkan sebagai persalinan lama. Permasalahan harus dikenali dan diatasi sebelum batas waktu tercapai. Sebagian besar partus lama menunjukkan pemanjangan kala satu partus lama dapat memberikan dampak yang berbahaya baik bagi ibu maupun janin, risiko tersebut naik dengan cepat setelah waktu 24 jam².

3) Preeklamsia dan Eklamsia

Preeklamsia ditandai dengan adanya dua dari triasnya yaitu hipertensi disertai proteinuria dan/atau edema setelah kehamilan 20 minggu. Preeklamsia sering mengenai perempuan muda dan nulipara, sedangkan perempuan yang lebih tua lebih berisiko mengalami hipertensi kronis yang bertumpang tindih dengan preeklamsia. Faktor risiko lain yang berkaitan dengan preeklamsia mencakup usia ibu lebih dari 35 tahun².

Beberapa kekhawatiran, termasuk serviks yang belum matang, persepsi adanya kedaruratan karena keparahan preeklamsia, dan perlunya

dilakukan koordinasi dengan unit intensif neonatus, telah menyebabkan beberapa ahli menganjurkan kelahiran seksio sesarea².

Timbulnya kejang pada perempuan dengan preeklamsia yang tidak disebabkan oleh penyebab lain disebut eklamsia². Pada penderita preeklamsia yang akan kejang, umumnya memberi tanda prodroma. Preeklamsia yang disertai dengan tanda-tanda prodroma ini disebut sebagai *impending eclampsia* atau *imminent eclampsia* bila preeklamsi berat disertai gejala-gejala subjektif berupa nyeri kepala hebat, gangguan visus, muntah-muntah, nyeri epigastrium, dan kelainan progresif tekanan darah¹⁹.

Preeklamsia yang disertai komplikasi kejang umum tonik-klonik sangat meningkatkan risiko bagi ibu maupun janin. Komplikasi utama pada ibu mencakup solusio plasenta, defisit neurologis, pneumonia aspirasi, edema paru, henti jantung, gagal ginjal akut dan bahkan meninggal².

4) Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen-bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. Klasifikasi plasenta previa di dasarkan atas terabanya jaringan plasenta melalui pembukaan jalan lahir pada waktu tertentu⁵.

Plasenta previa meningkatkan resiko kehilangan darah disebabkan plasenta menutupi ostium uteri internum, terbentuknya segmen bawah uterus adanya pembukaan ostium uteri internum sehingga terjadi robekan

perlekatan plasenta. Secara keseluruhan langka yang direkomendasikan yaitu persalinan seksio sesarea⁷.

5) Disproporsi Fetopelvik

Disproporsi fetopelvik merupakan salah satu indikasi untuk seksio sesarea yang menetap, dimana ukuran panggul tidak sesuai dengan ukuran lingkaran kepala janin yang menyebabkan ibu tidak bisa melahirkan dengan normal, kecuali dengan ibu panggul sempit relatif yang anaknya kecil dan dapat melewati panggul¹⁵. Disproporsi fetopelvik terjadi akibat berkurangnya kapasitas pelvis, ukuran janin yang sangat besar, atau yang lebih umum, kombinasi keduanya².

6) Ketuban Pecah Dini

Ketuban yang pecah spontan 1 jam atau lebih sebelum dimulainya persalinan diartikan sebagai pecah dini atau pecah sebelum waktunya⁷. Komplikasi bila terjadi ketuban pecah dini (KPD) mengakibatkan mal presentasi, prolapse tali pusat dan infeksi intrauterine bila janin tidak dilahirkan dalam 24⁷.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan sekitar 60-70% bayi yang mengalami ketuban pecah dini akan lahir sendiri 2x24 jam. Apabila bayi tidak lahir lewat waktu, barulah dokter akan melakukan tindakan operasi seksio sesarea³.

b. Indikasi Janin

a) Gawat Janin

Terjadi perubahan kecepatan denyut jantung janin yang dapat menunjukkan suatu masalah pada bayi. Perubahan kecepatan denyut jantung, dapat terjadi jika tali pusat tertekan atau berkurangnya aliran darah yang teroksigenasi ke plasenta³. Adanya bradikardi berat, iregularitas denyut jantung janin atau adanya pola deselerasi yang terhambat, kadangkadangkang menyebabkan perlunya seksio sesarea darurat⁴.

b) Kelainan Letak

Kelainan letak janin merupakan dimana posisi janin tidak sesuai dengan kedudukan yang seharusnya. Kelainan letak yang dimaksud dalam hal ini yaitu bagian terbawah janin yang menunjukkan presentasi selain belakang kepala. Kelainan posisi janin saat dalam uterus berpotensi menyebabkan risiko komplikasi seperti perdarahan, trauma persalinan, infeksi dan asfiksia¹⁹.

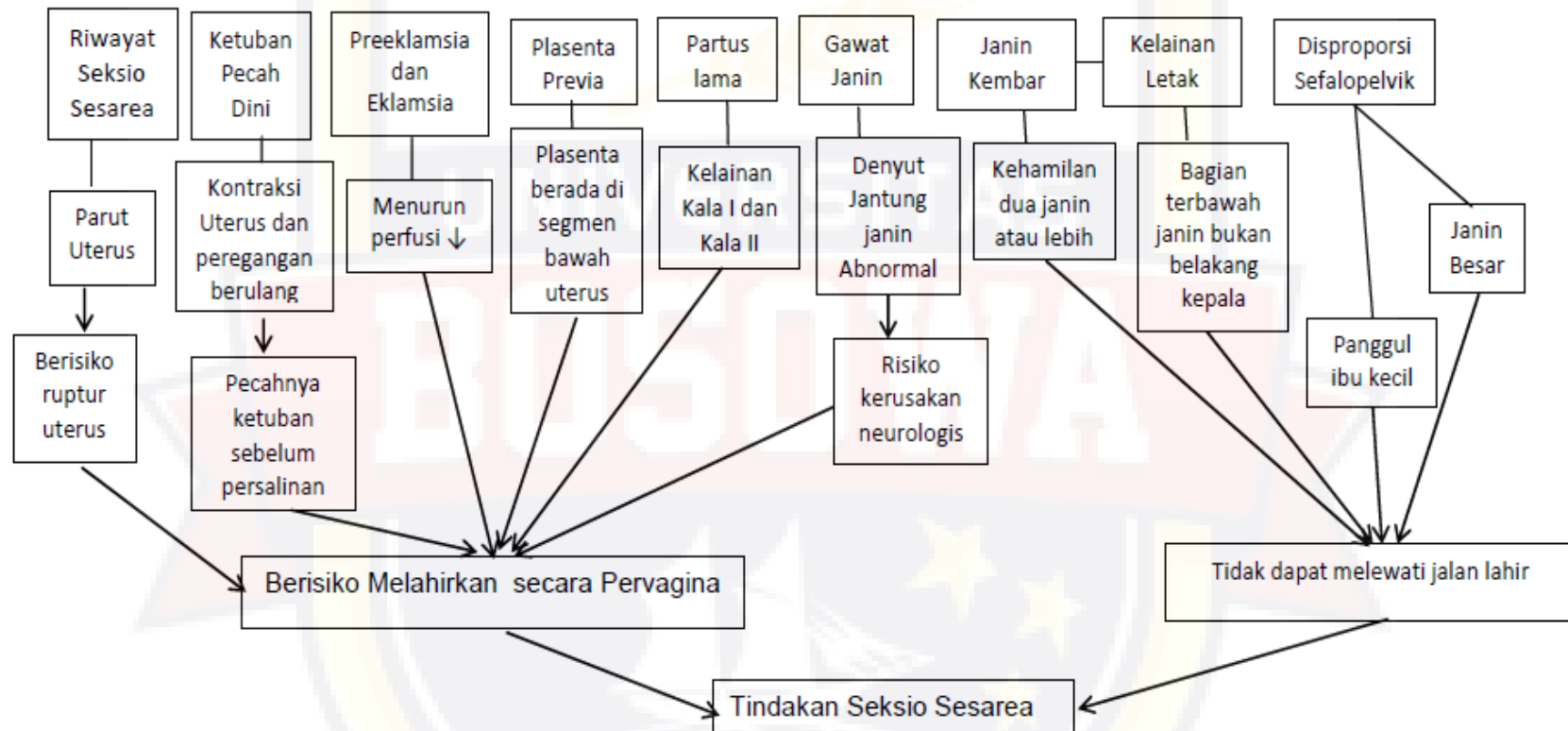
c) Janin Besar

Janin besar adalah janin yang memiliki taksiran berat >4000 gram. Janin yang mengalami makrosemia memiliki komplikasi peningkatan resiko kematian intrauterine dan kematian neonatus serta trauma jalan lahir, terutama distosia bahu dan palsy pleksus brakial. Hal tersebutlah yang membuat persalinan seksio sesarea menjadi pilihan⁷.

d) Janin Kembar

Kehamilan kembar adalah kehamilan dengan dua janin atau lebih. Kehamilan kembar mempunyai beberapa pengaruh pada ibu dan janin. Kehamilan kembar dapat memberi risiko yang lebih tinggi terhadap ibu dan bayi. Oleh karena itu dalam menghadapi kehamilan kembar harus dilakukan pengawasan hamil yang lebih intensif. Namun jika ibu mengandung 3 janin atau lebih maka sebaiknya menjalani seksio sesarea. Hal ini akan menjamin bayi-bayi tersebut dilahirkan dalam kondisi sebaik mungkin dengan trauma minimum. Tidak semua persalinan dengan gemmeli harus diselesaikan dengan tindakan seksio sesarea, bila memenuhi persyaratan untuk persalinan normal maka dilakukan persalinan pervaginam. Tindakan seksio sesarea pada kehamilan kembar dilakukan dalam kondisi janin letak lintang⁷.

B. Kerangka Teori

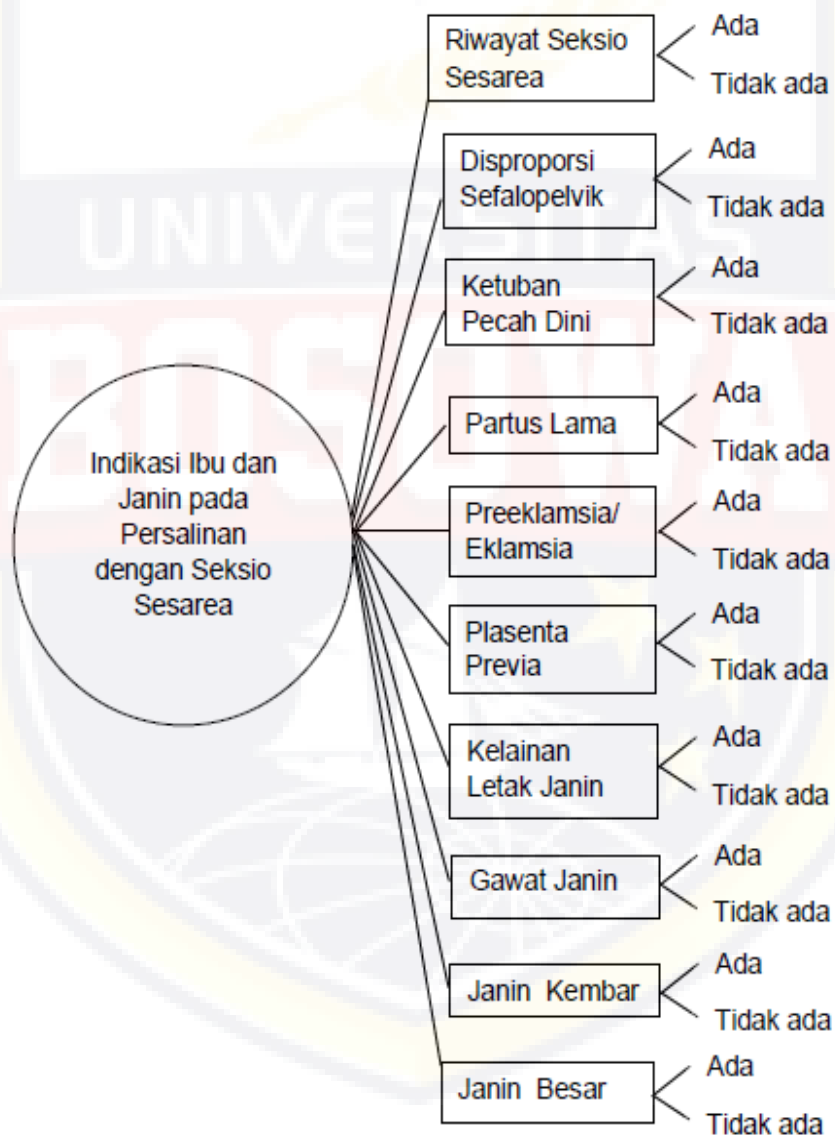


Gambar 1. Kerangka Teori

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka konsep

B. Definisi Operasional

1. Ibu yang Melahirkan secara Seksio Sesarea

Ibu yang melahirkan secara seksio sesarea pada penelitian ini adalah ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, yang tercatat pada jurnal sumber data penelitian.

2. Riwayat Seksio Sesarea

Riwayat seksio sesarea pada penelitian ini adalah riwayat seksio sesarea sebelumnya pada ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, yang tercatat pada jurnal sumber data penelitian.

Kriteria objektif riwayat seksio sesarea:

- a. Ada Riwayat Seksio Sesarea: bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ibu yang melahirkan secara seksio sesarea pernah melahirkan secara seksio sesarea sebelumnya.
- b. Tidak Ada Riwayat Seksio Sesarea: bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ibu yang melahirkan secara seksio sesaria tidak pernah melahirkan secara seksio sesarea sebelumnya.

3. Disproporsi Fetopelvik

Disproporsi fetopelvik pada penelitian ini adalah adanya disproporsi fetopelvik pada ibu yang melahirkan secara seksio sesaria di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, yang tercatat pada jurnal sumber data penelitian.

Kriteria objektif disproporsi sefalopelvik:

- a. Ada Disproporsi Sefalopelvik: bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ibu yang melahirkan melahirkan secara seksio sesarea mempunyai ketidak-sesuaian antara ukuran panggul ibu dengan ukuran kepala janin atau janinnya
- b. Tidak Ada Disproporsi Sefalopelvik: bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ibu yang melahirkan melahirkan secara seksio sesarea tidak mempunyai ketidak-sesuaian antara ukuran panggul ibu dengan ukuran kepala janin atau janinnya

4. Ketuban Pecah Dini

Ketuban pecah dini pada penelitian ini adalah terjadi ketuban pecah dini pada ibu yang melahirkan secara seksio sesaria di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, yang tercatat pada jurnal sumber data penelitian.

Kriteria objektif ketuban pecah dini:

- a. Ada Ketuban Pecah Dini: bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ibu yang melahirkan secara seksio sesarea menderita ketuban pecah dini
- b. Tidak Ada Ketuban Pecah Dini: bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ibu yang melahirkan secara seksio sesarea tidak menderita ketuban pecah dini

5. Partus Lama

Partus lama pada penelitian ini adalah terjadi partus lama pada ibu yang melahirkan secara seksio sesaria di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, yang tercatat pada jurnal sumber data penelitian.

Kriteria objektif partus lama:

- a. Ada Partus Lama: bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ibu yang melahirkan secara seksio sesarea mengalami partus lama pada kala I/kala II dengan syarat vakum tidak terpenuhi.
- b. Tidak Ada Partus Lama: bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ibu yang melahirkan secara seksio sesarea tidak ada partus lama

6. Preeklamsia dan/atau Eklamsia

Preeklamsia dan/atau eklamsia pada penelitian ini adalah adanya preeklamsia dan/atau eklamsia pada ibu yang melahirkan secara seksio sesaria di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, yang tercatat pada jurnal sumber data penelitian.

Kriteria objektif preeklamsia dan/atau eklamsia

- a. Ada Preeklamsia dan/ atau Eklamsia: bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ibu yang melahirkan secara seksio sesarea menderita preeklamsia dan/atau eklamsia.
- b. Tidak Ada Preeklamsia dan/ atau Eklamsia: bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ibu yang melahirkan secara seksio sesarea tidak menderita preeklamsia dan/atau eklamsia.

7. Plasenta Previa

Plasenta previa pada penelitian ini adalah adanya plasenta previa pada ibu yang melahirkan secara seksio sesaria di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, yang tercatat pada jurnal sumber data penelitian.

Kriteria objektif indikasi plasenta previa:

- a. Ada Plasenta Previa: bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ibu yang melahirkan secara seksio sesarea menderita plasenta previa

- b. Tidak ada Plasenta Previa: bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ibu yang melahirkan secara seksio sesarea tidak menderita plasenta previa

8. Kelainan Letak Janin

Kelainan letak janin pada penelitian ini adalah kelainan letak janin pada ibu yang melahirkan secara seksio sesaria di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, yang tercatat pada jurnal sumber data penelitian.

Kriteria objektif indikasi kelainan letak:

- a. Ada Kelainan Letak Janin: bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat janin dari ibu yang melahirkan secara seksio sesarea mengalami kelainan letak; dimana posisi janin menunjukkan presentasi selain belakang kepala
- b. Tidak Ada Kelainan Letak Janin: bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat janin dari ibu yang melahirkan secara seksio sesarea tidak mengalami kelainan letak dimana posisi janin menunjukkan presentasi belakang kepala

9. Gawat Janin

Gawat janin pada penelitian ini adalah terjadinya gawat janin pada ibu yang melahirkan secara seksio sesaria di beberapa rumah sakit di

Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, yang tercatat pada jurnal sumber data penelitian.

Kriteria objektif gawat janin:

- a. Ada Gawat Janin: bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat janin dari ibu yang melahirkan secara seksio sesarea mengalami gawat janin
- b. Tidak Ada Gawat Janin: bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat janin dari ibu yang melahirkan secara seksio sesarea tidak mengalami gawat janin

10. Janin Kembar

Janin kembar pada penelitian ini adalah janin kembar pada ibu yang melahirkan secara seksio sesaria di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, yang tercatat pada jurnal sumber data penelitian.

Kriteria objektif janin kembar:

- a. Ada Janin Kembar: bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat janin yang akan dilahirkan oleh ibu yang melahirkan secara seksio sesarea adalah janin kembar
- b. Tidak Ada Janin Kembar: bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat janin yang akan dilahirkan oleh ibu yang melahirkan secara seksio sesarea bukan janin kembar

11. Janin Besar

Janin besar pada penelitian ini adalah pada janin berukuran besar pada ibu yang melahirkan secara seksio sesaria di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, yang tercatat pada jurnal sumber data penelitian.

Kriteria objektif indikasi bayi besar:

- a. Ada Janin Besar: bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat janin yang akan dilahirkan oleh ibu yang melahirkan secara seksio sesarea adalah janin besar.
- b. Tidak Ada Janin Besar: bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat janin yang akan dilahirkan oleh ibu yang melahirkan secara seksio sesarea bukan janin besar

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan pendekatan *cross sectional* dari hasil sintesis dari beberapa jurnal hasil penelitian tentang ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, untuk mengetahui indikasi ibu dan indikasi janin pada persalinan secara seksio sesarea.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Tempat penelitian disesuaikan dengan tempat penelitian pada jurnal sumber data penelitian. Tempat penelitian dari sepuluh jurnal sumber data penelitian dilakukan di beberapa rumah sakit di Indonesia, seperti di bawah ini:

- a. Dua di RSUD Dr. Soedarso Pontianak
- b. RSUD Kabupaten Dompu
- c. Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta
- d. Satu RS Pemerintah dan satu RS Swasta di Jakarta

- e. Dua di RSUD Penembatan Senopati Bantul
- f. RSUD Wates Kulon Progo
- g. Rumah Sakit DKT Kota Bengkulu
- h. RSIA Siti Fatimah Makassar

2. Waktu Penelitian

Waktu penelitian disesuaikan dengan waktu penelitian pada jurnal sumber data penelitian. Waktu penelitian dari sepuluh jurnal sumber data penelitian adalah dari tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, seperti di bawah ini:

- a. Dua di RSUD Dr. Soedarso Pontianak pada tahun 2010 dan 2011
- b. Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta pada tahun 2011
- c. RSUD Kabupaten Dompu pada tahun 2012
- d. Dua di RSUD Penembatan Senopati Bantul pada tahun 2013 dan 2015
- e. Satu RS Pemerintah dan satu RS Swasta di Jakarta pada tahun 2014
- f. RSUD Wates Kulon Progo pada tahun 2016
- g. Rumah Sakit DKT Kota Bengkulu pada tahun 2017
- h. RSIA Siti Fatimah Makassar pada tahun 2018

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi Penelitian

Populasi penelitian ini adalah semua jurnal penelitian tentang ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018..

2. Sampel Penelitian

Sampel penelitian ini adalah semua jurnal penelitian tentang ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018, yang memenuhi kriteria penelitian.

D. Kriteria Jurnal Penelitian

Kriteria Inklusi Jurnal Penelitian

- a. Jurnal penelitian tentang ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018.
- b. Jurnal penelitian memuat minimal dua indikasi ibu atau dua indikasi janin.
- c. Jurnal penelitian menggunakan metode deskriptif .

Berdasarkan kriteria penelitian tersebut diatas terkumpul sepuluh jurnal sumber data penelitian seperti pada tabel berikut.

Tabel 4. Jurnal Penelitian tentang Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, yang Dipakai Sebagai Sumber Data

No.	Peneliti	Tahun Data Penelitian	Judul Penelitian	Tempat Penelitian	Jumlah Sampel
1.	Sari, Novita	2010	Gambaran Kasus Persalinan Seksio Sesarea di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Tahun 2010	RSUD Dr. Soedarso Pontianak	563
2.	Andriani, Dewi	2010	Faktor-faktor yang Mempengaruhi Tindakan Seksio Sesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Dompu Tahun 2010	Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Dompu	564
3.	Rinukti, Estuti dkk.	2011	Gambaran Indikasi Ibu Bersalin dengan Tindakan Seksio Caesarea	Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta	593
4.	Sandi	2011	Gambaran kasus Seksio Sesarea Berdasarkan Status Rujukan di RSUD Dokter Soedarso Pontianak Periode 1 Januari-31 Desember 2011	RSU Dokter Soedarso Pontianak	587
5.	Andayasari, Lelly dkk.	2011	Proporsi Seksio Sesarea dan Faktor yang Berhubungan dengan Seksio Sesaarea di Jakarta	Satu RS Pemerintah dan satu Rs Swasta di Jakarta	1018
6.	Subekti, Sholikhah Wahyu	2013	Indikasi Persalinan Seksio Sesarea	RSUD Penembahan Senopati Bantul	829

Lanjutan Tabel 4

7.	Zanah, Miftakhul dkk.	2015	Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Sectio Caesarea di RSUD Panembahan Senopati Bantul Tahun 2015	RSUD Panembahan Senopati Bantul	558
8.	Maryani	2016	Determinan Persalinan Seksio Sesarea di RSUD Wates Kulon Progo Tahun 2016	RSUD Wates Kulon Progo	262
9.	Sari, Ruri Maiseptya dkk	2017	Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Tindakan Sectio Caesarea di Rumah Sakit DKT Bengkulu	Rumah Sakit DKT Kota Bengkulu	229
10.	Luba, Saniasa	2018	Gambaran Karakteristik Ibu Bersalin dengan Seksio Sesarea di RSIA Siti Fatimah Makassar Tahun 2018	RSIA Siti Fatimah Makassar	498

E. Teknik Pengambilan Sampel

Dari sepuluh literatur penelitian ilmiah yang berhasil dikumpulkan pada umumnya menggunakan teknik pengambilan sampel secara *non-propability sampling*.

F. Alur Penelitian



Gambar 3. Alur Penelitian

G. Prosedur Penelitian

1. Peneliti telah melakukan penelusuran jurnal tentang ibu yang melahirkan secara seksio sesaria di berbagai tempat seperti: Google Scholar dan situs repository setiap universitas di Indonesia
2. Telah dilakukan pengumpulan semua jurnal penelitian tentang indikasi persalinan secara seksio sesarea di beberapa lokasi di Indonesia periode 2010 sampai dengan 2018.
3. Jurnal penelitian telah dipilah dan disesuaikan dengan kriteria penelitian.
4. Telah dikumpulkan jurnal hasil penelitian deskriptif yang meneliti tentang persalinan melalui seksio sesarea di beberapa lokasi penelitian di Indonesia periode 2010 sampai dengan tahun 2018, yang memenuhi kriteria penelitian
5. Telah dilakukan pengumpulan semua data dengan memasukkan ke dalam komputer dengan menggunakan *microsoft excel*
6. Data dari jurnal penelitian tersebut telah dituangkan dalam tabel rangkuman hasil penelitian karakteristik penderita kanker kolorektal.
7. Telah dilakukan pengambilan data dari jurnal sumber data penelitian yang terdiri dari:
 - a. Nama Peneliti
 - b. Tempat dan Waktu Penelitian
 - c. Jumlah Sampel

- d. Riwayat seksio sesarea : telah diambil riwayat seksio sesarea dari jurnal terkait kemudian dikelompokkan menjadi kelompok ada riwayat seksio sesarea bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ibu yang melahirkan secara seksio sesarea sebelumnya, atau kelompok tidak ada riwayat seksio sesarea bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ibu yang melahirkan secara seksio sesarea tidak pernah melahirkan secara seksio sesarea sebelumnya.
- e. Disproporsi Fetopelvik: telah diambil disproporsi fetopelvik dari jurnal terkait kemudian dikelompokkan menjadi kelompok ada disproporsi fetopelvik bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ada ketidaksesuaian ukuran lingkaran panggul ibu dengan ukuran kepala janin atau janin, atau kelompok tidak ada disproporsi fetopelvik bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ada kesesuaian ukuran lingkaran panggul ibu dengan ukuran kepala janin atau janin.
- f. Ketuban pecah dini : telah diambil ketuban pecah dini dari jurnal terkait kemudian dikelompokkan menjadi kelompok ada ketuban pecah dini bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ibu menderita ketuban pecah dini, atau kelompok tidak ada ketuban pecah dini bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat tidak menderita ketuban pecah dini
- g. Partus lama : telah diambil partus lama dari jurnal terkait kemudian dikelompokkan menjadi kelompok ada partus lama bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ibu mengalami persalinan lama pada kala I/kala II, atau kelompok tidak ada partus lama bila pada jurnal

sumber data penelitian tercatat ibu tidak mengalami persalinan lama pada kala I/kala II.

- h. Preeklamsia dan/atau Eklamsia : telah diambil preeklamsia dan/atau eklamsia dari jurnal terkait kemudian dikelompokkan menjadi kelompok ada preeklamsia dan/atau eklamsia bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ibu menderita preeklamsia dan/atau eklamsia, atau kelompok tidak ada preeklamsia dan/atau eklamsia bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ibu tidak menderita preeklamsia dan/atau eklamsia
- i. Plasenta Previa : telah diambil plasenta previa dari jurnal terkait kemudian dikelompokkan menjadi kelompok ada plasenta previa bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ibu menderita plasenta previa, atau kelompok tidak ada plasenta previa bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat ibu tidak menderita plasenta previa
- j. Kelainan Letak : telah diambil kelainan letak dari jurnal terkait kemudian dikelompokkan menjadi kelompok ada kelainan letak janin bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat janin dari ibu yang melahirkan secara seksio sesarea mengalami kelainan letak dimana posisi janin menunjukkan presentasi selain belakang kepala, atau kelompok tidak ada kelainan letak janin bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat janin dari ibu yang melahirkan secara seksio sesarea tidak mengalami kelainan letak dimana posisi janin menunjukkan presentasi belakang kepala.

- k. Gawat Janin : telah diambil gawat janin dari jurnal terkait kemudian dikelompokkan menjadi kelompok ada gawat janin bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat janin yang akan dilahirkan oleh ibu yang melahirkan secara seksio sesarea mengalami gawat janin, atau kelompok tidak ada gawat janin bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat janin dari ibu yang melahirkan secara seksio sesarea tidak mengalami gawat janin.
- l. Janin Kembar : telah diambil janin kembar dari jurnal terkait kemudian dikelompokkan menjadi kelompok ada janin kembar bila pada jurnal penelitian tercatat janin yang akan dilahirkan oleh ibu yang melahirkan secara seksio sesarea adalah janin kembar, atau kelompok tidak ada janin kembar bila pada jurnal penelitian tercatat janin yang akan dilahirkan oleh ibu yang melahirkan secara seksio sesarea bukan janin kembar.
- m. Janin besar : telah diambil janin dari jurnal terkait kemudian dikelompokkan menjadi kelompok ada janin besar bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat janin yang akan dilahirkan oleh ibu yang melahirkan secara seksio sesarea adalah janin besar, atau kelompok tidak ada janin besar bila pada jurnal sumber data penelitian tercatat janin yang akan dilahirkan oleh ibu yang melahirkan secara seksio sesarea bukan janin besar.
8. Selanjutnya peneliti melakukan pengolahan dan analisis data lebih lanjut dengan menggunakan program *Microsoft Excel*.

9. Setelah analisis data selesai, peneliti melakukan penulisan hasil penelitian sebagai penyusunan laporan tertulis dalam bentuk skripsi.
10. Selanjutnya peneliti menyajikan hasil penelitian dalam bentuk lisan dan tulisan.

H. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini dilakukan dengan memasukkan semua data dari penelitian-penelitian yang digunakan sebagai sampel ke dalam computer dengan menggunakan program *microsoft excel*. Data yang dimaksud dalam penelitian ini adalah hasil penelitian masing-masing literatur jurnal menyangkut riwayat seksio sesarea, disproporsi sefalopelvik, ketuban pecah dini, partus lama, preeklamsia/eklamsia, plasenta previa, kelainan letak, gawat janin, janin kembar dan janin besar.

I. Pengolahan dan Analisis Data

Data yang telah dikumpulkan dari jurnal sumber data penelitian tentang indikasi ibu dan indikasi janin diolah dan disintesa secara manual kemudian dibuat dalam bentuk tabell sintesis masing-masing variabel lalu diolah menggunakan perangkat lunak komputer program *microsoft excel*. Adapun analisis statistik yang digunakan adalah analisa dekskriptif dengan melakukan perhitungan statistik sederhana yang disajikan dalam bentuk table dan grafik bar. Untuk skala nominal dapat dihitung jumlah

penderita, proporsi, persentase atau *rate*. Hasilnya berupa jumlah penderita dan persentasi (proporsi) yang disajikan dalam bentuk tabel distribusi serta akan dilakukan pembahasan sesuai dengan pustaka yang ada.

J. Aspek Etika Penelitian

Penelitian ini tidak menimbulkan masalah etik karena:

1. Peneliti telah mencantumkan nama peneliti dan tahun terbit literatur terkait pada semua data yang diambil dari literature yang bersangkutan
2. Diharapkan penelitian ini dapat memberi manfaat kepada semua pihak yang terkait sesuai dengan manfaat penelitian yang telah disebutkan sebelumnya.

BAB V

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Tabel 5. Tabel Rangkuman Data Hasil Penelitian tentang Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018

Nama Peneliti	Tahun	Tempat	Jumlah Sampel	Indiksi Ibu										Indikasi Janin									
				Riwayat Seksio Sesarea		Disproporsi Sefalopelvik		Ketuban Pecah Dini		Partus Lama		Preeklamsia/Eklamsia		Plasenta Previa		Kelainan Letak		Gawat Janin		Bayi Kembar		Bayi Besar	
				Ada	Tidak	Ada	Tidak	Ada	Tidak	Ada	Tidak	Ada	Tidak	Ada	Tidak	Ada	Tidak	Ada	Tidak	Ada	Tidak	Ada	Tidak
Sari, Novita	2010	RDSP*	563	46	517	157	406	-	563	11	552	13	550	-	563	80	483	77	486	8	555	-	563
Andriani, Dewi	2010	RDKD*	564	71	493	10	554	164	400	123	441	42	522	39	525	43	521	14	550	18	546	-	564
Rinukti, Estuti dkk.	2011	RPRY*	593	4	589	115	478	416	177	4	589	-	593	27	566	111	482	37	556	5	588	-	593
Sandi	2011	RDSP*	587	76	511	83	504	33	554	64	523	35	552	-	587	76	511	55	532	17	570	7	580
Andayasari, Lelly dkk.	2011	RP&RSJ*	1018	867	151	23	995	44	974	82	936	-	1018	-	1018	442	576	157	861	81	937	31	987

Lanjutan Tabel 5

Subekti, Sholikhah Wahyu	2013	RPSB*	829	199	630	105	724	36	793	14	815	59	770	30	799	184	645	53	776	21	808	17	812
Zanah, Miftakhul dkk.	2015	RPSB*	558	73	485	48	510	-	558	73	485	-	558	31	527	96	462	191	367	9	549	-	558
Maryani	2016	RWKP	262	10	252	108	154	-	262	2	260	11	251	22	240	38	224	55	207	-	262	-	262
Sari, Ruri Maiseptya dkk	2017	RDKB*	229	19	210	79	150	27	202	12	217	10	219	4	225	19	210	42	187	1	228	-	229
Luba, Saniasa	2018	RSFM*	498	105	393	45	453	27	471	38	460	45	453	42	456	63	435	41	457	12	486	21	477

Keterangan:

RDSP	: RSUD Dr. Soedroso Pontianak
RDKD	: Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Dompu
RPRY	: Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta
RP&RSJ	: RS Pemerintah dan RS Swasta di Jakarta
RPSB	: RSUD Penambahan Senopati Bantul
RWKP	: RSUD Wates Kulon Progo
RDKB	: Rumah Sakit DKT Kota Bengkulu
RSFM	: RSIA Siti Fatimah Makassar

Hasil analisis univariat (**Tabel 5**) menunjukkan penelitian mengenai indikasi ibu dan janin pada persalinan dengan seksio sesarea yang dikumpulkan dari berbagai penelitian bidang kesehatan terkait yang sesuai pada judul penelitian di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018. Penelitian berasal dari beberapa rumah sakit di Indonesia sejak sepuluh tahun terakhir menggunakan metode penelitian yang digunakan yaitu deskriptif dengan jumlah sampel pada penelitian lebih dari seratus, dimana jumlah sampel antara 229-1018 sampel.

Metode deskriptif dan besarnya jumlah sampel pada penelitian yang digunakan pada penulisan skripsi dapat memberikan hasil penelitian mengenai indikasi ibu dan janin yang paling banyak dialami ibu yang melahirkan dengan seksio sesarea. Pengambilan data dari setiap literatur yang digunakan tidak kurang dari dua belas bulan (satu tahun) sehingga dapat memberikan banyak data penelitian dan dapat mewakili gambaran indikasi ibu dan janin pada persalinan dengan tindakan seksio sesarea.

1. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria Berdasarkan Riwayat Seksio Sesarea pada Ibu.

Tabel 6. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Riwayat Seksio Sesarea pada Ibu

Sebaran Tempat Penelitian	Tempat Penelitian	Tahun Penelitian	Riwayat Seksio Sesarea			
			Berisiko		Tidak Berisiko	
			N	%	N	%
Pulau Jawa	RPRY*	2011	4	0.7	589	99.3
	RP&RSJ*	2011	867	85.2	151	14.8
	RPSB*	2013	199	24.0	630	76.0
	RPSB*	2015	73	13.1	485	86.9
	RWKP	2016	10	3.8	252	96.2
Luar Pulau Jawa	RDSP*	2010	46	8.2	517	91.8
	RDKD*	2010	71	12.6	493	87.4
	RDSP*	2011	76	12.9	511	87.1
	RDKB*	2017	19	8.3	210	91.7
	RSFM*	2018	105	21.1	393	78.9
Total			1470	25.8	4231	74.2

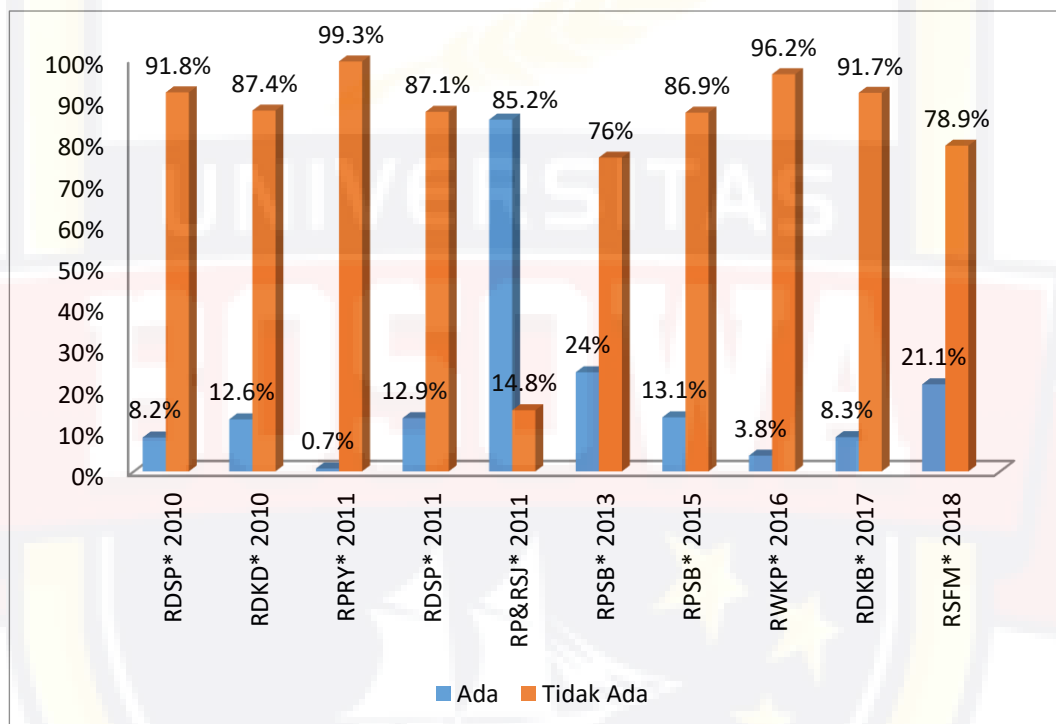
N= Jumlah ; % = Persentase

Table 6 menunjukkan distribusi indikasi ibu dengan riwayat seksio sesarea sebelumnya yang melakukan persalianan dengan tindakan seksio sesarea dari sepuluh jurnal penelitian di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018. Berdasarkan tabel dapat dilihat bahwa presentase ibu melakukan tindakan seksio sesarea dengan indikasi seksio sesarea sebelumnya sebesar 25,8% dengan jumlah penderita sebanyak 1.470 yang persentase tertinggi dan terendah berada di sebaran tempat penelitian di Pulau Jawa. Sedangkan, Ibu dengan

indikasi bukan riwayat seksio sesarea sebanyak 4231 dengan presentase sebesar 74,2% yang melahirkan secara seksio sesarea. Persentase tertinggi dengan indikasi seksio sesarea dari penelitian yang dilakukan di satu Rumah Sakit Pemerintah dan satu Rumah Sakit Swasta di Jakarta pada tahun 2011 sebesar 85,2% dengan jumlah ibu sebanyak 867 dan persentase terendah pada penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta pada tahun 2011 sebesar 0,7% dengan jumlah penderita sebanyak 4. Sedangkan persentase pada sebaran luar pulau jawa, persentase tertinggi di RSIA Siti Fatimah Makassar pada tahun 2018 sebesar 21,1% dengan jumlah ibu sebanyak 105 dan persentase terendah di RSUD Dr. Soedarso Pontianak sebesar 8,2% dengan jumlah penderita sebanyak 46.

Gambar 4 memperlihatkan bahwa indikasi ibu dilakukannya persalinan secara seksio sesarea karena ada indikasi riwayat seksio sesarea sebelumnya terdapat pada sepuluh jurnal penelitian yang digunakan. Pada hasil penelitian hanya di satu rumah sakit pemerintah dan satu rumah sakit swasta di Jakarta pada tahun 2011 yang memiliki persentase ada riwayat seksio sesarea yang lebih tinggi sebesar 85,2% daripada persentase yang tidak ada riwayat seksio sesarea sebelumnya sebesar 14,8 persen. Sementara hasil penelitian di rumah sakit lain persentase indikasi riwayat seksio sesarea lebih rendah daripada tidak ada riwayat seksio sesarea sebelumnya. Persentase ada riwayat seksio sesarea sebelumnya pada setiap rumah sakit dan setiap tahunnya

bervariasi. Mulai dari tahun 2010 di RSUD Dr. Soedarso Pontianak sebesar 8,2% dan RSUD Kabupaten dompu sebesar 12,6%, kemudian tahun 2011 di RS Panti Rapih Yogyakarta sebesar 0,7% dan RSUD Dr. Soedarso Pontianak sebesar 12,9% yang mengalami peningkatan persentase dari penelitian tahun sebelumnya.



Gambar 4. Diagram Bar Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Riwayat Seksio Sesarea Sebelumnya

Berbeda dengan RSUD Penamban Senopati Bantul persentase riwayat seksio sesarea pada tahun 2013 sebesar 24% mengalami penurunan pada tahun 2015 sebesar 13,1%. Kemudian pada tahun 2016 di RSUD Wates

Kulon Progo persentase indikasi riwayat seksio sesarea sebesar 3,8%, kemudian tahun 2017 di RS DKT Kota Bengkulu sebesar 8,3% dan yang terakhir pada tahun 2018 di RSIA Siti Fatimah Makassar sebesar 78,9%.

2. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria Berdasarkan Disproporsi Fetopelvik pada Ibu.

Tabel 7. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Disproporsi Fetopelvik pada Ibu

Sebaran Tempat Penelitian	Tempat Penelitian	Tahun Penelitian	Disproporsi Fetopelvik			
			Berisiko		Tidak Berisiko	
			N	%	N	%
Pulau Jawa	RPRY*	2011	115	19.4	478	80.6
	RP&RSJ*	2011	23	2.3	995	97.7
	RPSB*	2013	105	12.7	724	87.3
	RPSB*	2015	48	8.6	510	91.4
	RWKP*	2016	108	41.2	154	58.8
Luar Pulau Jawa	RDSP*	2010	157	27.9	406	72.1
	RDKD*	2010	10	1.8	554	98.2
	RDSP*	2011	83	14.1	504	85.9
	RDKB*	2017	79	34.5	150	65.5
	RSFM*	2018	45	9.0	453	91.0
Total			773	13.6	4928	86.4

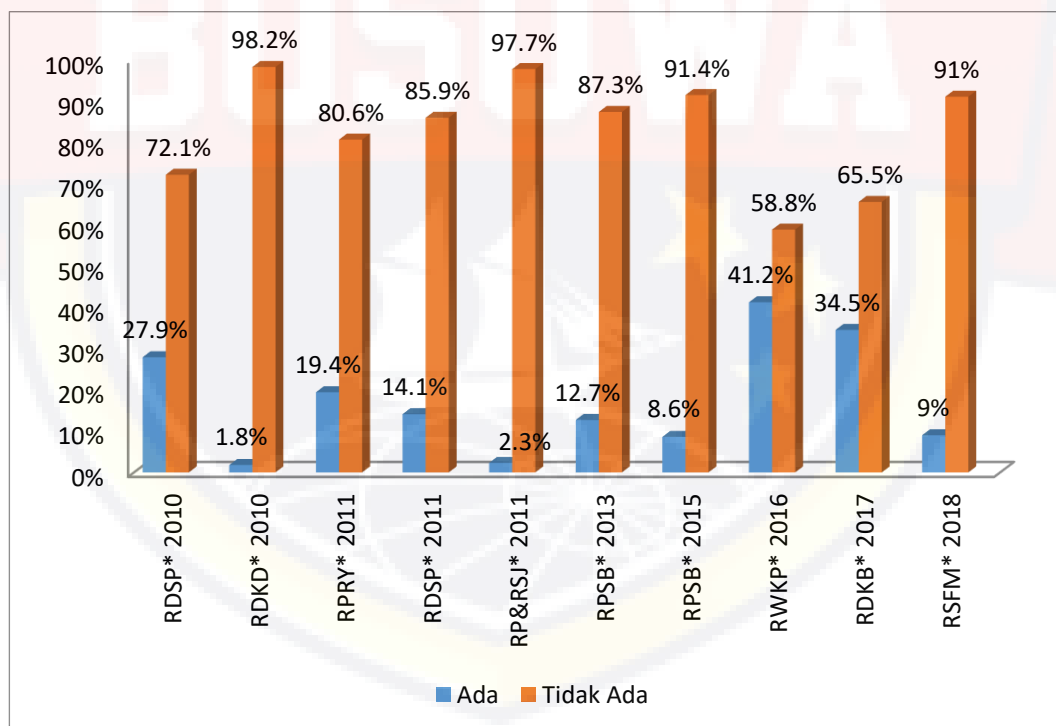
N= Jumlah ; % = Persentase

Table 7 memperlihatkan distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea dengan indikasi disproporsi sefalopelvik pada ibu di beberapa rumah sakit dari sepuluh jurnal penelitian di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018. Berdasarkan table dapat dilihat bahwa presentase ibu yang ada indikasi disproporsi sebesar 13,6% dengan jumlah

penderita 773 yang persentase tertinggi berada di sebaran tempat penelitian di Pulau Jawa dan persentase terendah di Luar Pulau Jawa. Sedangkan, ibu dengan indikasi bukan disproporsi sefalopelvik sebanyak 4928 dengan presentase sebesar 86,4% yang melahirkan secara seksio sesarea. Persentase tertinggi dengan indikasi disproporsi sefalopelvik terdapat di sebaran Pulau Jawa dari penelitian yang dilakukan di RSUD Wates Kulon Progo tahun 2016 sebesar 41,2% dengan jumlah ibu sebanyak 108 dan persentase terendah di sebaran tempat penelitian di Pulau Jawa sebesar 2,3% dengan jumlah ibu sebanyak 23 yang dilakukan penelitian di satu RS Pemerintah dan satu RS Swasta di Jakarta pada tahun 2011. Sedangkan, persentase terendah dengan indikasi disproporsi sefalopelvik terdapat di sebaran Luar Pulau Jawa dari penelitian di RSUD Kabupaten Dompu pada tahun 2010 sebesar 1,8% dengan jumlah penderita sebanyak 10 dan persentase sebaran di Luar Pulau Jawa tertinggi berada di Rumah Sakit DKT Kota Bengkulu pada tahun 2017 sebesar 34,5% dengan jumlah ibu sebanyak 79.

Gambar 5 memperlihatkan bahwa indikasi ibu dilakukannya persalinan secara seksio sesarea karena ada indikasi disproporsi fetopelvik terdapat pada sepuluh jurnal penelitian yang digunakan di beberapa rumah sakit di Indonesia periode 2010 sampai dengan 2018. Pada hasil penelitian persentase ada indikasi disproporsi sefalopelvik bervariasi di setiap rumah sakit dan setiap tahunnya. Pada tahun 2010 di RSUD Dr. Soedarso Pontianak sebesar 27,9% dan di RSUD Kabupaten Dompu Sebesar 1,8%.

Kemudian pada tahun 2011 di tiga rumah sakit yang berbeda yaitu di RS Panti Rapih Yogyakarta sebesar 19,4%, di RSUD Dr. Soedarso Pontianak sebesar 14,1 %, satu RS Pemerintah dan satu RS Swasta di Jakarta sebesar 2,3%. Selanjutnya pada tahun 2013 di RSUD Penamban Senopati Bantul sebesar 12,7 dan mengalami penurunan persentase pada jurnal penelitian di tahun 2015 sebesar 8,6%. Kemudian pada tahun 2016 di RSUD Wates Kulon Progo persentase indikasi disproporsi sefalopelvik sebesar 41,2%, kemudian tahun 2017 di RS DKT Kota Bengkulu sebesar 34,5% dan yang terakhir pada tahun 2018 di RSIA Siti Fatimah Makassar sebesar 9%.



Gambar 5. Diagram Bar Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Disproporsi Fetopelvik pada Ibu

3. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria Berdasarkan Ketuban Pecah Dini pada Ibu.

Tabel 8. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Ketuban Pecah Dini pada Ibu

Sebaran Tempat Penelitian	Tempat Penelitian	Tahun Penelitian	Ketuban Pecah Dini			
			Berisiko		Tidak Berisiko	
			N	%	N	%
Pulau Jawa	RPRY*	2011	416	70.2	177	29.8
	RP&RSJ*	2011	44	4.3	974	95.7
	RPSB*	2013	36	4.3	793	95.7
	RPSB*	2015	-	-	558	100.0
	RWKP*	2016	-	-	262	100.0
Luar Pulau Jawa	RDSP*	2010	-	-	563	100.0
	RDKD*	2010	164	29.1	400	70.9
	RDSP*	2011	33	5.6	554	94.4
	RDKB*	2017	27	11.8	202	88.2
	RSFM*	2018	27	5.4	471	94.6
Total			747	13.1	4954	86.9

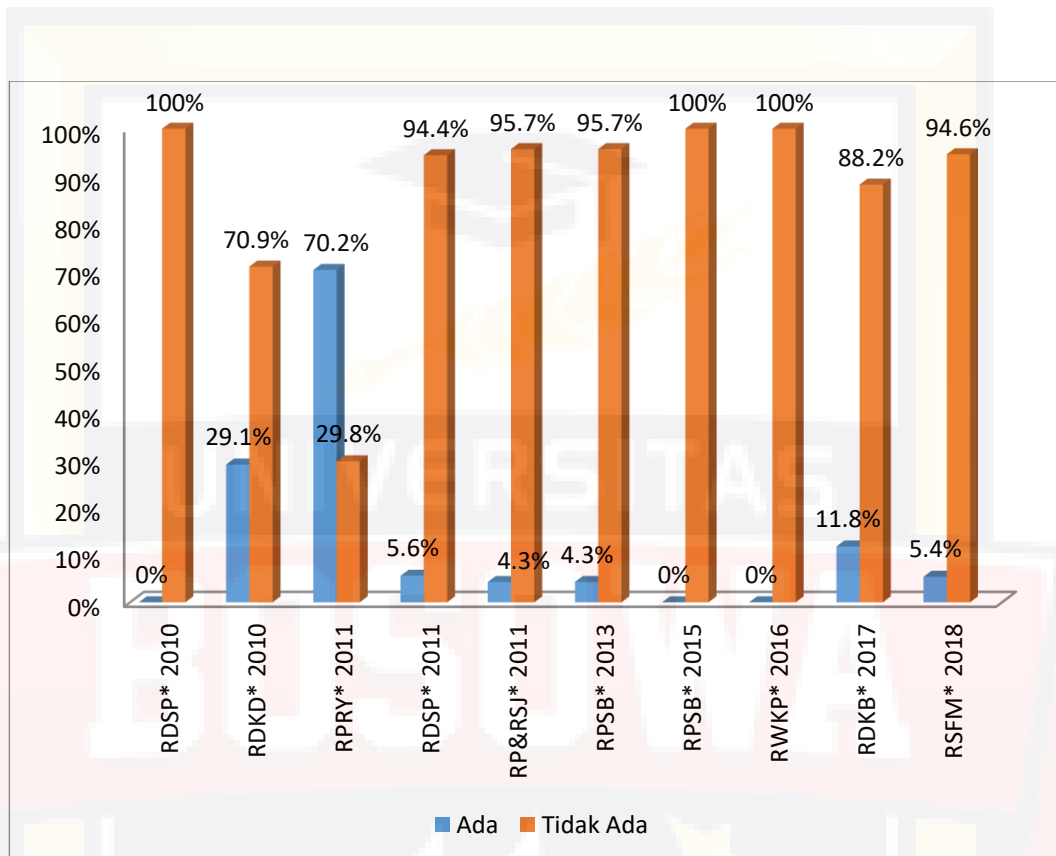
N= Jumlah ; % = Persentase

Table 8 menunjukkan distribusi ibu yang melakukan persalinan secara seksio sesarea dengan indikasi ketuban pecah dini didapatkan pada 7 jurnal penelitian dari total 10 jurnal penelitian di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018. Berdasarkan table dapat dilihat persentase ibu ada indikasi ketuban pecah dini sebesar 13,1% dengan jumlah penderita sebanyak 747 yang persentase tertinggi di sebaran tempat penelitian di Pulau Jawa. Sedangkan, ibu melahirkan secara seksio sesarea dengan indikasi bukan ketuban pecah dini sebesar 86,9% dengan jumlah ibu 4954 yang melahirkan secara seksio sesarea.

Tiga rumah sakit yang tidak ada indikasi ketuban pecah dini pada jurnal penelitian yaitu di RSUD Dr. Soedarso Pontianak pada tahun 2010, RSUD Penambahan Senopati Bantul tahun 2015 dan di RSUD Wates Kulon Progo tahun 2016. Proporsi tertinggi dengan indikasi ada ketuban pecah dini dari penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta sebanyak 416 penderita dengan persentase sebesar 70,2%. Sedangkan, persentase pada sebaran tempat penelitian di Luar Pulau Jawa tertinggi berada di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Dompu pada tahun 2010 dengan persentase 29,1% dengan jumlah penderita sebanyak 164.

Gambar 6 memperlihatkan bahwa indikasi ibu dilakukannya persalinan secara seksio sesarea karena ada indikasi ketuban pecah dini terdapat pada tujuh jurnal penelitian yang digunakan pada penelitian ini. Pada hasil penelitian hanya di RS Panti Rapih Yogyakarta pada tahun 2011 yang memiliki persentase ada indikasi ketuban pecah dini yang lebih tinggi sebesar 70,2% daripada persentase yang tidak ada indikasi ketuban pecah dini sebesar 29,8%. Sementara hasil penelitian di rumah sakit lain persentase indikasi ketuban pecah dini lebih rendah daripada tidak ada indikasi ketuban pecah dini. Persentase ada ketuban pecah dini pada setiap rumah sakit dan setiap tahunnya bervariasi. Mulai dari tahun 2010 di RSUD Kabupaten Dompu sebesar 29,1%, kemudian tahun 2011 di RSUD Dr. Soedarso Pontianak sebesar 5,6%, satu RS Pemerintah dan satu RS Swasta di Jakarta sebesar 4,3%. Kemudian persentase yang sama pada tahun 2013 di RSUD Penambahan Senopati sebesar 4,3%. Selanjutnya tahun

2017 di RS DKT Kota Bengkulu sebesar 11,8% dan yang terakhir pada tahun 2018 di RSIA Siti Fatimah Makassar sebesar 5,4%.



Gambar 6. Diagram Bar Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Ketuban Pecah Dini pada Ibu

3. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria Berdasarkan Partus Lama pada Ibu.

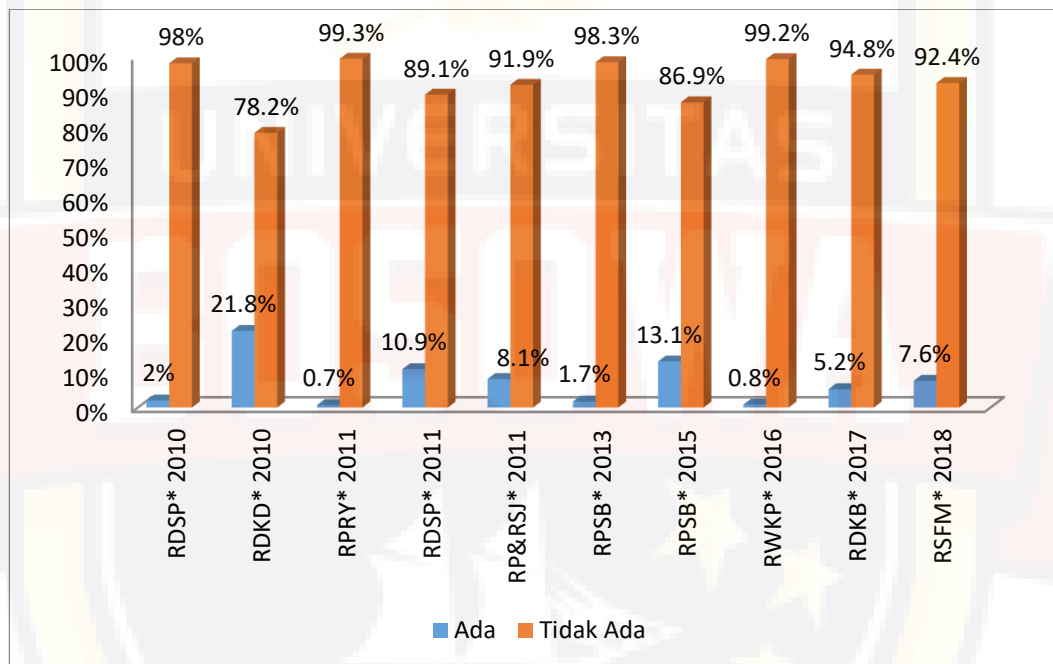
Tabel 9. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Partus Lama pada Ibu

Sebaran Tempat Penelitian	Tempat Penelitian	Tahun Penelitian	Partus Lama			
			Berisiko		Tidak Berisiko	
			N	%	N	%
Pulau Jawa	RPRY*	2011	4	0.7	589	99.3
	RP&RSJ*	2011	82	8.1	936	91.9
	RPSB*	2013	14	1.7	815	98.3
	RPSB*	2015	73	13.1	485	86.9
	RWKP	2016	2	0.8	260	99.2
Luar Pulau Jawa	RDSP*	2010	11	2.0	552	98.0
	RDKD*	2010	123	21.8	441	78.2
	RDSP*	2011	64	10.9	523	89.1
	RDKB*	2017	12	5.2	217	94.8
	RSFM*	2018	38	7.6	460	92.4
Total			423	7.4	5278	92.6

N= Jumlah ; % = Persentase

Table 9 memperlihatkan distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea dengan indikasi partus lama pada ibu di beberapa rumah sakit dari sepuluh jurnal penelitian di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018. Berdasarkan table dapat dilihat bahwa presentase ibu yang ada indikasi partus lama sebesar 7,4% dengan jumlah penderita 423 yang presentase tertingginya berdasarkan sebaran tempat penelitian berada diluar pulau jawa dan presentase terendahnya berada di Pulau Jawa. Sedangkan, ibu dengan indikasi bukan partus lama sebanyak 5278 dengan presentase sebesar 92,6% yang melahirkan secara seksio sesarea. Presentase tertinggi dengan indikasi partus lama terdapat di sebaran tempat penelitian di Luar Pulau Jawa dari penelitian yang dilakukan di Kabupaten Dompu tahun 2010 sebesar 21,8% dengan jumlah penderitanya sebanyak 123 dan presentase terendah di sebaran Luar Pulau Jawa berada di RSUD Dr. Soedarso Pontianak sebesar 2% dengan jumlah penderita

sebanyak 11. Sedangkan, persentase terendah dengan indikasi partus lama terdapat di Pulau Jawa dari penelitian di RS Panti Rapih Yogyakarta pada tahun 2011 sebesar 0,7% dengan jumlah penderita sebanyak 4 dan persentase tertinggi di sebaran Pulau Jawa berda di RSUD Penambahan Senopati Bantul pada tahun 2015 sebesar 13,1% dengan jumlah penderita sebanyak 73.



Gambar 7. Diagram Bar Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Partus Lama pada Ibu

Gambar 7 memperlihatkan bahwa indikasi ibu dilakukannya persalinan secara seksio sesarea karena ada indikasi partus lama terdapat pada sepuluh jurnal penelitian yang digunakan di beberapa rumah sakit di Indonesia periode 2010 sampai dengan 2018. Pada hasil penelitian

persentase ada indikasi disproporsi sefalopelvik bervariasi di setiap rumah sakit dan setiap tahunnya. Pada tahun 2010 di RSUD Dr. Soedarso Pontianak sebesar 2% dan di RSUD Kabupaten Dompu sebesar 21,8%. Kemudian pada tahun 2011 di tiga rumah sakit yang berbeda yaitu di RS Panti Rapih Yogyakarta sebesar 0,7%, di RSUD Dr. Soedarso Pontianak sebesar 10,9%, satu RS Pemerintah dan satu RS Swasta di Jakarta sebesar 8,1%. Selanjutnya pada tahun 2013 di RSUD Penamban Senopati Bantul sebesar 1,7% dan mengalami peningkatan persentase pada jurnal penelitian berbeda di tahun 2015 sebesar 13,1%. Kemudian pada tahun 2016 di RSUD Wates Kulon Progo persentase indikasi disproporsi sefalopelvik sebesar 0,8%. Selanjutnya tahun 2017 di RS DKT Kota Bengkulu sebesar 5,2% dan yang terakhir pada tahun 2018 di RSIA Siti Fatimah Makassar sebesar 7,6%.

4. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria Berdasarkan Partus Lama pada Ibu.

Tabel 10. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Preeklamsia dan/atau Eklamsia pada Ibu

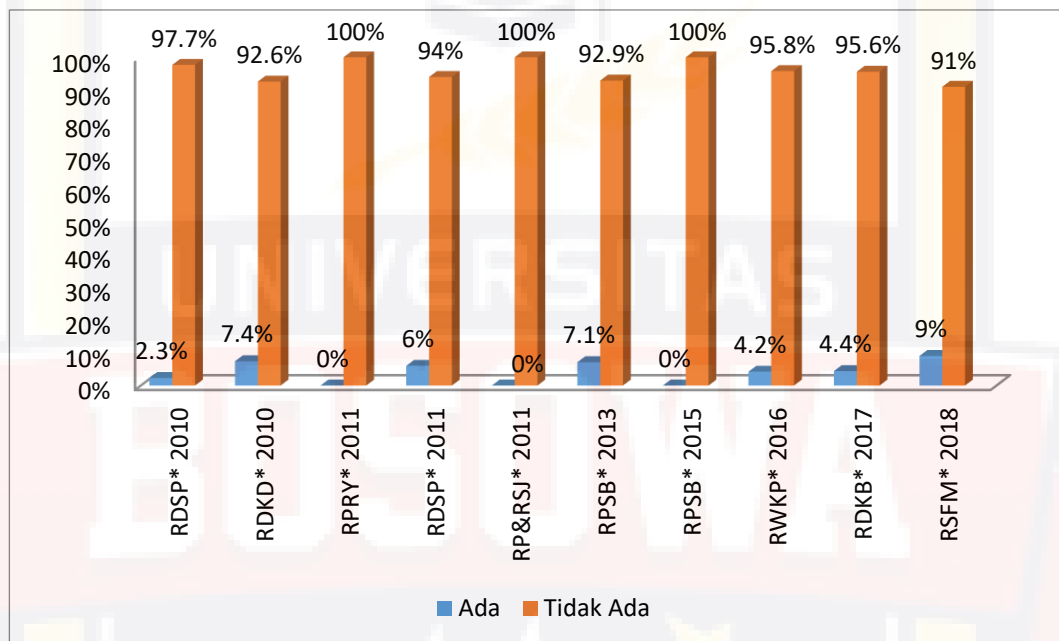
Sebaran Tempat Penelitian	Tempat Penelitian	Tahun Penelitian	Preeklamsia dan/atau Eklamsia			
			Berisiko		Tidak Berisiko	
			N	%	N	%
Pulau Jawa	RPRY*	2011	-	0.0	593	100.0
	RP&RSJ*	2011	-	0.0	1018	100.0

		Lanjutan Tabel 10				
	RPSB*	2013	59	7.1	770	92.9
	RPSB*	2015	-	0.0	558	100.0
	RWKP	2016	11	4.2	251	95.8
Luar Pulau Jawa	RDSP*	2010	13	2.3	550	97.7
	RDKD*	2010	42	7.4	522	92.6
	RDSP*	2011	35	6.0	552	94.0
	RDKB*	2017	10	4.4	219	95.6
	RSFM*	2018	45	9.0	453	91.0
Total			215	3.8	5486	96.2

N= Jumlah ; % = Persentase

Tabel 10 menunjukkan distribusi ibu yang melakukan persalinan secara seksio sesarea dengan indikasi preeklamsia/eklamsia yang didapatkan pada tujuh jurnal penelitian dari total sepuluh jurnal penelitian di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018. Berdasarkan table dapat dilihat persentase ibu ada indikasi preeklamsia/eklamsia sebesar 3,8% dengan jumlah penderita sebanyak 215 yang persentase tertinggi terdapat di sebaran tempat penelitian di Luar Pulau Jawa. Sedangkan, ibu dengan indikasi tidak ada preeklamsia/eklamsia sebesar 96,2% dengan jumlah ibu sebesar 5486 yang melahirkan secara seksio sesarea. Tiga rumah sakit yang tidak ada indikasi preeklamsia/eklamsia pada jurnal penelitian yaitu di RS Panti Rapih Yogyakarta pada tahun 2011, di satu RS Pemerintah dan satu RS Swasta di Jakarta tahun 2011 serta di RSUD Penambahan Senopati Bantul tahun 2015. Persentase tertinggi dengan indikasi ada preeklamsia/eklamsia berada di sebaran tempat penelitian di Luar pulau jawa dari penelitian yang

dilakukan di RSIA Siti Fatimah Makassar tahun 2018 sebesar 9%. Sedangkan, persentase tertinggi pada sebaran tempat penelitian di Pulau Jawa berada di RSUD Penambahan Senopati Bantul pada tahun 2013 sebesar 7,1%.



Gambar 8. Diagram Bar Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Preeklamsia dan/atau Eklamsia pada Ibu

Gambar 8 memperlihatkan bahwa indikasi ibu dilakukannya persalinan secara seksio sesarea karena ada indikasi preeklamsia/eklamsia terdapat pada tujuh jurnal penelitian yang digunakan pada penelitian ini. Persentase ada preeklamsia/eklamsia pada setiap rumah sakit dan setiap tahunnya bervariasi. Mulai dari tahun 2010 di RSUD Dr. Soedarso Pontianak sebesar 2,3%, RSUD Kabupaten dompu sebesar 7,4%. Kemudian, tahun 2011 di

RSUD Dr. Soedarso Pontianak sebesar 6%, pada tahun 2013 di RSUD Penamban Senopati Bantul sebesar 7,1%. Selanjutnya tahun 2017 di RS DKT Kota Bengkulu sebesar 4,4% dan yang terakhir pada tahun 2018 di RSIA Siti Fatimah Makassar sebesar 9%.

5. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria Berdasarkan Plasenta Previa pada Ibu.

Tabel 11. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Plasenta Previa pada Ibu

Sebaran Tempat Penelitian	Tempat Penelitian	Tahun Penelitian	Plasenta Previa			
			Berisiko		Tidak Berisiko	
			N	%	N	%
Pulau Jawa	RPRY*	2011	27	4.6	566	95.4
	RP&RSJ*	2011	-	0.0	1018	100
	RPSB*	2013	30	3.6	799	96.4
	RPSB*	2015	31	5.6	527	94.4
	RWKP*	2016	22	8.4	240	91.6
Luar Pulau Jawa	RDSP*	2010	-	0.0	563	100
	RDKD*	2010	39	6.9	525	93.1
	RDSP*	2011	-	0.0	587	100
	RDKB*	2017	4	1.7	225	98.3
	RSFM*	2018	42	8.4	456	91.6
Total			195	3.4	5506	96.6

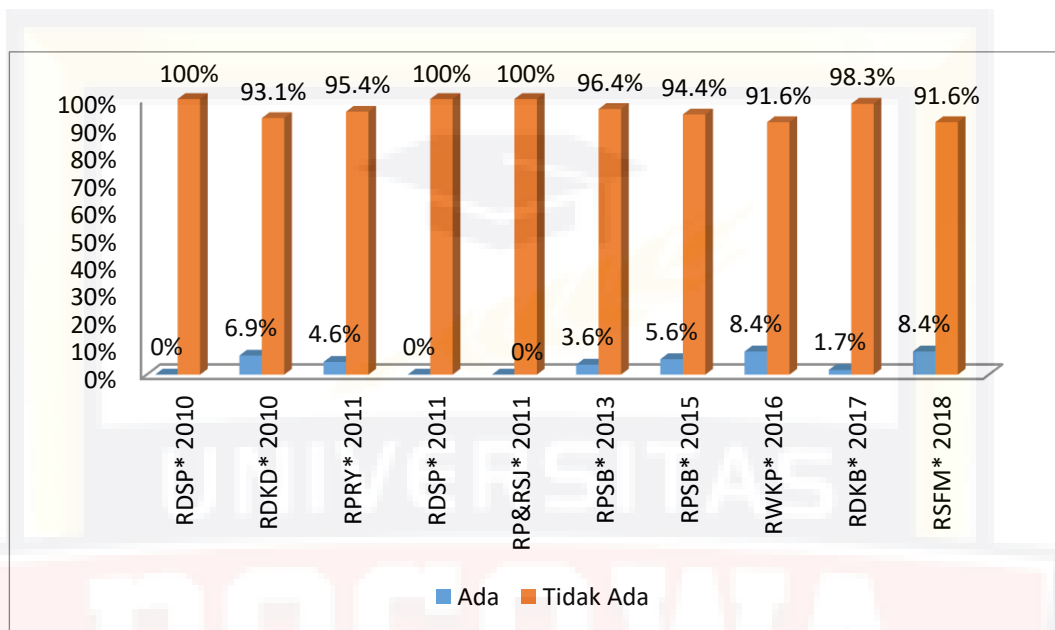
N= Jumlah ; % = Persentase

Tabel 11 menunjukkan distribusi ibu yang melakukan persalinan secara seksio sesarea dengan indikasi plasenta previa didapatkan pada 7 jurnal penelitian dari total 10 jurnal penelitian di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018. Berdasarkan

table dapat dilihat persentase ibu ada indikasi plasenta previa sebesar 3,4% dengan jumlah penderita sebanyak 195 yang persentase dan jumlah penderita tertinggi berada di sebaran Luar Pulau Jawa . Sedangkan, ibu melahirkan secara seksio sesarea dengan indikasi tidak ada plasenta previa sebesar 96,6% dengan jumlah ibu sebanyak 5506. Ada dua rumah sakit dengan tiga tahun yang berbeda yang tidak ada indikasi plasenta previa pada jurnal penelitian yaitu di RSUD Dr. Soedarso Pontianak tahun 2010 dan 2011, serta di satu RS Pemerintah dan satu RS Swasta di Jakarta tahun 2011. Persentase tertinggi dengan indikasi ada plasenta previa yang terdapat di sebaran tempat penelitian di Luar Pulau Jawa dari penelitian yang dilakukan di RSIA Siti Fatimah Makassar tahun 2018 sebesar 8,4% dengan jumlah penderita sebanyak 42. Sedangkan, persentase tertinggi pada sebaran tempat penelitian di Pulau Jawa sebesar 8,4% dengan jumlah penderita sebanyak 22.

Gambar 8 memperlihatkan bahwa indikasi ibu melahirkan secara seksio sesarea karena ada indikasi plasenta previa terdapat pada tujuh jurnal penelitian yang digunakan pada penelitian ini. Persentase ada plasenta previa pada setiap rumah sakit dan setiap tahunnya bervariasi. Mulai dari tahun 2010 di RSUD Kabupaten dompu sebesar 6,9% dan tahun 2011 di RS Panti Rapih Yogyakarta sebesar 4,6%. Kemudian, di RSUD Penambahan Senopati bantul pada tahun 2013 sebesar 3,6% dan terjadi peningkatan pada jurnal yang berbeda pada tahun 2015 sebesar 5,6%. Selanjutnya, tahun 2017 di RS DKT Kota Bengkulu sebesar 1,7% dan pada

tahun 2016 di RSUD Wates Kulon Progo serta tahun 2018 di RSIA Siti Fatimah Makassar memiliki persentase yang sama sebesar 8,4%.



Gambar 9. Diagram Bar Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Plasenta Previa pada Ibu

6. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria Berdasarkan Kelainan Letak pada Janin.

Tabel 12. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Kelainan Letak pada Janin

Sebaran Tempat Penelitian	Tempat Penelitian	Tahun Penelitian	Kelainan Letak Janin			
			Berisiko		Tidak Berisiko	
			N	%	N	%
Pulau Jawa	RPRY*	2011	111	18.7	482	81.3
	RP&RSJ*	2011	442	43.4	576	56.6
	RPSB*	2013	184	22.2	645	77.8
	RPSB*	2015	96	17.2	462	82.8
	RWKP	2016	38	14.5	224	85.5

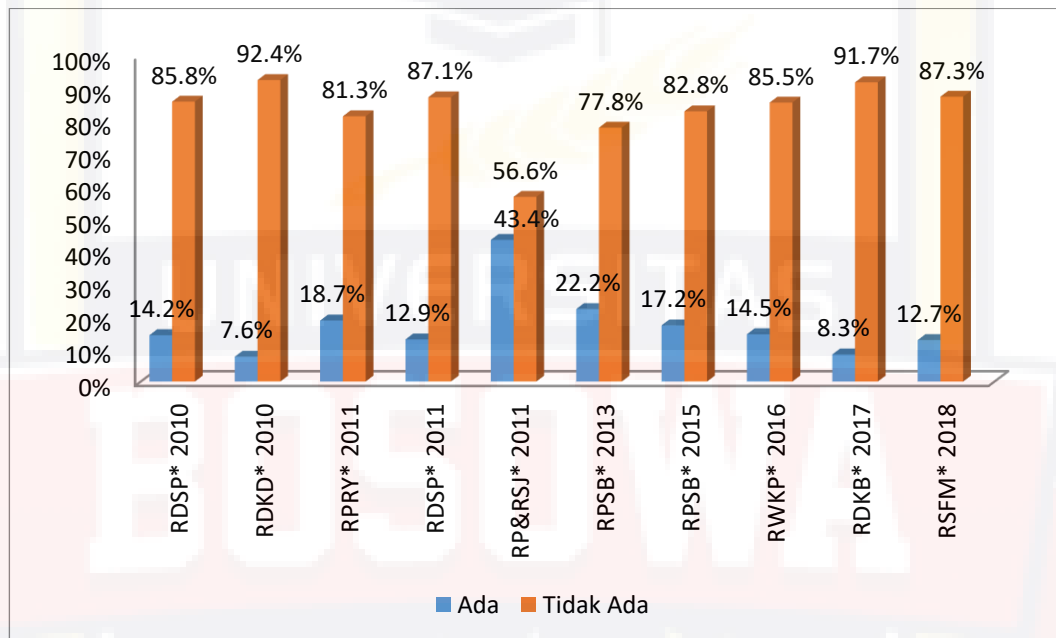
Lanjutan Tabel 12

Luar Pulau Jawa	RDSP*	2010	80	14.2	483	85.8
	RDKD*	2010	43	7.6	521	92.4
	RDSP*	2011	76	12.9	511	87.1
	RDKB*	2017	19	8.3	210	91.7
	RSFM*	2018	63	12.7	435	87.3
		Total	1152	20.2	4549	79.8

N= Jumlah ; % = Persentase

Tabel 12 memperlihatkan distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea dengan indikasi kelainan letak pada janin dari total sepuluh jurnal penelitian yang digunakan pada penelitian ini di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018. Berdasarkan tabel dapat dilihat bahwa presentase ibu yang ada kelainan letak pada janin sebesar 20,2% dengan jumlah penderita 1152 dengan persentase tertinggi terdapat pada sebaran tempat penelitian di Pulau Jawa dan persentase terendah terdapat pada sebaran di Luar Pulau Jawa. Sedangkan, ibu dengan indikasi bukan kelainan letak pada janin sebanyak 4549 dengan presentase sebesar 79,8% yang melahirkan secara seksio sesarea. Persentase tertinggi dengan indikasi kelainan letak pada janin yang terdapat di sebaran di Pulau Jawa dari penelitian yang dilakukan di satu RS Pemerintah dan RS Swasta di Jakarta tahun 2011 sebesar 43,4% dengan jumlah penderita sebanyak 442 dan persentase terendah pada sebaran di Pulau Jawa sebesar 14,5% dengan jumlah penderita sebanyak 38 di RSUD Wates Kulon Progo pada tahun 2016. Sedangkan persentase terendah dengan indikasi kelainan letak pada janin terdapat pada sebaran tempat penelitian di Luar Pulau Jawa dari penelitian di RSUD Kabupaten

Dompu pada tahun 2010 sebesar 7,6% dengan jumlah ibu sebanyak 80 dan persentase tertinggi di sebaran Luar Pulau Jawa berada di RSUD Dr. Soedarso Pontianak pada tahun 2010 dengan persentase sebesar 14,2% dengan jumlah penderita sebanyak 80.



Gambar 10. Diagram Bar Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Kelainan Letak pada Janin

Gambar 10 memperlihatkan bahwa indikasi ibu dilakukannya persalinan secara seksio sesarea karena ada indikasi kelainan letak pada janin terdapat pada sepuluh jurnal penelitian yang digunakan di beberapa rumah sakit di Indonesia periode 2010 sampai dengan 2018. Pada hasil penelitian persentase ada indikasi kelainan letak pada janin bervariasi di setiap rumah sakit dan setiap tahunnya. Pada tahun 2010 di RSUD

Dr.soedarso Pontianak sebesar 14,22% dan di RSUD Kabupaten Dompu Sebesar 7,6%. Kemudian pada tahun 2011 di tiga rumah sakit yang berbeda yaitu di RS Panti Rapih Yogyakarta sebesar 18,7%, di RSUD Dr. Soedarso Pontianak sebesar 12,9%, satu RS Pemerintah dan satu RS Swasta di Jakarta sebesar 43,4%. Selanjutnya pada tahun 2013 di RSUD Penamban Senopati Bantul sebesar 22,2% dan mengalami penurunan persentase pada jurnal penelitian berbeda di tahun 2015 sebesar 17,2%. Kemudian pada tahun 2016 di RSUD Wates Kulon Progo persentase indikasi disproporsi sefalopelvik sebesar 14,5%. Selanjutnya tahun 2017 di RS DKT Kota Bengkulu sebesar 8,3% dan yang terakhir pada tahun 2018 di RSIA Siti Fatimah Makassar sebesar 12,7%.

7. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria Berdasarkan Berdasarkan Gawat Janin.

Tabel 13. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Gawat Janin

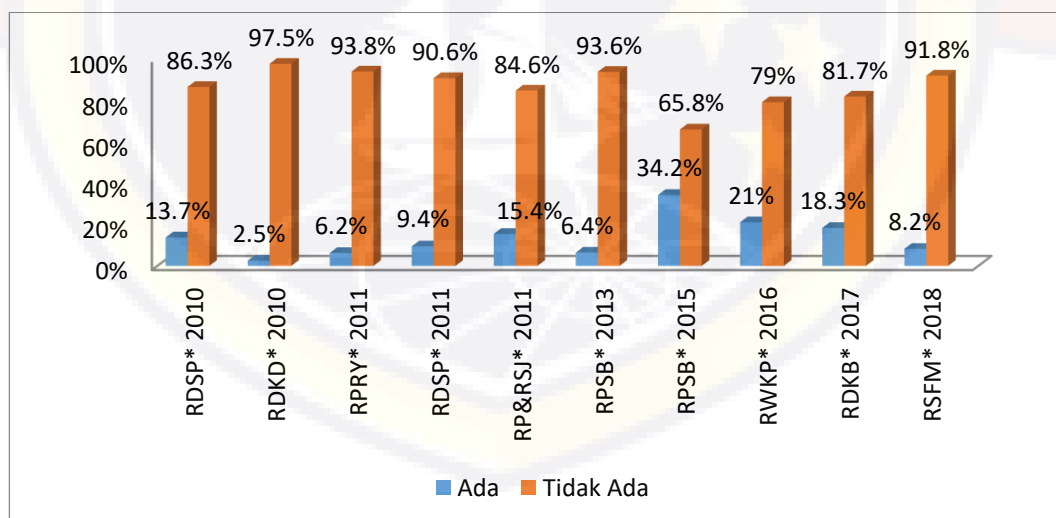
Sebaran Tempat Penelitian	Tempat Penelitian	Tahun Penelitian	Gawat Janin			
			Berisiko		Tidak Berisiko	
			N	%	N	%
Pulau Jawa	RPRY*	2011	37	6.2	556	93.8
	RP&RSJ*	2011	157	15.4	861	84.6
	RPSB*	2013	53	6.4	776	93.6
	RPSB*	2015	191	34.2	367	65.8
	RWKP	2016	55	21.0	207	79.0
Luar Pulau Jawa	RDSP*	2010	77	13.7	486	86.3
	RDKD*	2010	14	2.5	550	97.5
	RDSP*	2011	55	9.4	532	90.6
	RDKB*	2017	42	18.3	187	81.7
	RSFM*	2018	41	8.2	457	91.8
Total			722	12.7	4979	87.3

N= Jumlah ; % = Persentase

Tabel 13 memperlihatkan distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea dengan indikasi gawat janin dari total sepuluh jurnal penelitian yang digunakan pada penelitian ini di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018. Berdasarkan tabel dapat dilihat bahwa presentase ibu dengan gawat janin sebesar 12,7% dengan jumlah penderita 772 yang persentase tertinggi terdapat pada sebaran tempat penelitian di Pulau Jawa dan persentase terendah terdapat pada sebaran di Luar Pulau Jawa. Sedangkan, ibu dengan indikasi bukan gawat janin sebanyak 4979 dengan presentase sebesar 87,3% yang melahirkan secara seksio sesarea. Persentase tertinggi dengan indikasi gawat janin terdapat pada sebaran di Pulau Jawa dari penelitian yang dilakukan di RSUD Penambahan Senopati Bantul pada tahun 2015 sebesar 34,2% dengan jumlah penderita sebanyak 191 dan persentase terendah pada sebaran di Pulau Jawa berada di Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta sebesar 6,2% dengan jumlah penderita sebanyak 37. Sedangkan persentase terendah dengan indikasi gawat janin terdapat pada sebaran di Luar Pulau Jawa dari penelitian di RSUD Kabupaten Dompu pada tahun 2010 sebesar 2,5% dengan jumlah penderita 14.

Gambar 11 memperlihatkan bahwa indikasi ibu dilakukannya persalinan secara seksio sesarea karena ada indikasi gawat janin terdapat pada sepuluh jurnal penelitian yang digunakan di beberapa rumah sakit di Indonesia periode 2010 sampai dengan 2018. Pada hasil penelitian

persentase ada indikasi gawat janin bervariasi di setiap rumah sakit dan setiap tahunnya. Pada tahun 2010 di RSUD Dr. Soedarso Pontianak sebesar 13,7% dan di RSUD Kabupaten Dompu sebesar 2,5%. Kemudian pada tahun 2011 di tiga rumah sakit yang berbeda yaitu di RS Panti Rapih Yogyakarta sebesar 6,2%, di RSUD Dr. Soedarso Pontianak sebesar 9,4%, satu RS Pemerintah dan satu RS Swasta di Jakarta sebesar 15,4%. Selanjutnya pada tahun 2013 di RSUD Penamban Senopati Bantul sebesar 6,4% dan mengalami peningkatan persentase pada jurnal penelitian berbeda di tahun 2015 sebesar 34,2%. Kemudian pada tahun 2016 di RSUD Wates Kulon Progo persentase indikasi disproporsi sefalopelvik sebesar 21%. Selanjutnya tahun 2017 di RS DKT Kota Bengkulu sebesar 18,3% dan yang terakhir pada tahun 2018 di RSIA Siti Fatimah Makassar sebesar 8,2%.



Gambar 11. Diagram Bar Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Gawat Janin

8. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria Berdasarkan Janin Kembar.

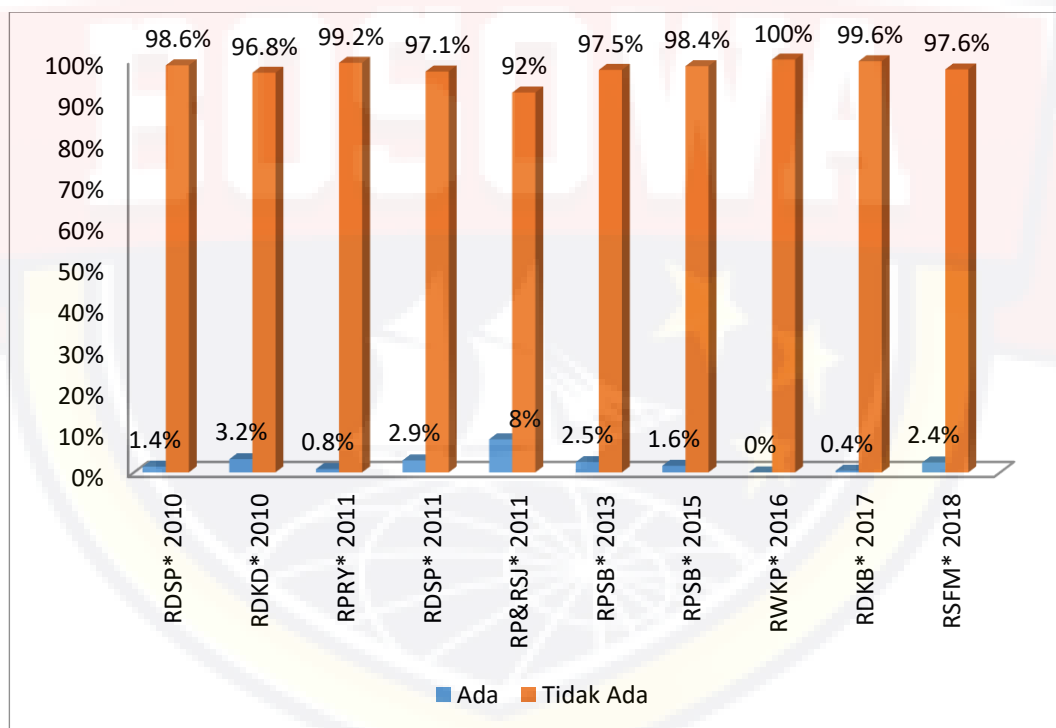
Tabel 14. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Janin Kembar

Sebaran Tempat Penelitian	Tempat Penelitian	Tahun Penelitian	Janin Kembar			
			Berisiko		Tidak Berisiko	
			N	%	N	%
Pulau Jawa	RPRY*	2011	5	0.8	588	99.2
	RP&RSJ*	2011	81	8.0	937	92.0
	RPSB*	2013	21	2.5	808	97.5
	RPSB*	2015	9	1.6	549	98.4
	RWKP	2016	-	0.0	262	100.0
Luar Pulau Jawa	RDSP*	2010	8	1.4	555	98.6
	RDKD*	2010	18	3.2	546	96.8
	RDSP*	2011	17	2.9	570	97.1
	RDKB*	2017	1	0.4	228	99.6
	RSFM*	2018	12	2.4	486	97.6
Total			172	3	5529	97

N= Jumlah ; % = Persentase

Tabel 14 menunjukkan distribusi ibu yang melakukan persalinan secara seksio sesaria dengan indikasi janin kembar hanya ada satu jurnal penelitian yang tidak ada indikasi janin kembar dari sepuluh jurnal penelitian yang digunakan di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018. Berdasarkan table dapat dilihat persentase ibu dengan janin kembar sebesar 3% dengan jumlah penderita sebanyak 172 yang persentase tertinggi terdapat pada sebaran penelitian di Pulau Jawa. Sedangkan, ibu melahirkan secara seksio sesaria dengan indikasi tidak ada bayi kembar sebesar 97% dengan jumlah ibu sebanyak 5529 yang

melahirkan secara seksio sesarea. Penelitian yang dilakukan pada tahun 2016 di RSUD Wates Kulon Progo yang tidak terdapat indikasi janin kembar dilakukannya tindakan seksio sesarea pada ibu. Persentase tertinggi dengan indikasi ada janin kembar yang terdapat di sebaran Pulau Jawa dari penelitian yang dilakukan di satu RS Pemerintah dan satu RS Swasta di Jakarta tahun 2011 sebesar 8% dengan jumlah penderita sebanyak 81. Sedangkan, persentase tertinggi pada sebaran di Luar Pulau Jawa berada di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Dompus sebesar 3,2% dengan jumlah penderita sebanyak 18.



Gambar 12. Diagram Bar Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Janin Kembar

Gambar 12 memperlihatkan bahwa indikasi ibu dilakukannya persalinan secara seksio sesarea karena ada indikasi janin kembar terdapat pada sembilan jurnal penelitian yang digunakan pada penelitian ini. Persentase ada janin kembar pada setiap rumah sakit dan setiap tahunnya bervariasi. Mulai dari tahun 2010 di RSUD Dr. Soedarso Pontianak sebesar 1,4% dan di RSUD Kabupaten Dompu Sebesar 3,2%. Kemudian pada tahun 2011 di tiga rumah sakit yang berbeda yaitu di RS Panti Rapih Yogyakarta sebesar 0,8%, di RSUD Dr. Soedarso Pontianak sebesar 2,9%, satu RS Pemerintah dan satu RS Swasta di Jakarta sebesar 8%. Selanjutnya pada tahun 2013 di RSUD Penamban Senopati Bantul sebesar 2,5% dan mengalami penurunan persentase pada jurnal penelitian berbeda di tahun 2015 sebesar 1,6%. Kemudian tahun 2017 di RS DKT Kota Bengkulu sebesar 0,4% dan yang terakhir pada tahun 2018 di RSIA Siti Fatimah Makassar sebesar 2,4%.

9. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria Berdasarkan Janin Besar.

Tabel 15. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Janin Besar

Sebaran Tempat Penelitian	Tempat Penelitian	Tahun Penelitian	Janin Besar			
			Berisiko		Tidak Berisiko	
			N	%	N	%
Pulau Jawa	RPRY*	2011	-	0	593	100
	RP&RSJ*	2011	31	3	987	97
	RPSB*	2013	17	2.1	812	97.9
	RPSB*	2015	-	0	558	100
	RWKP	2016	-	0	262	100

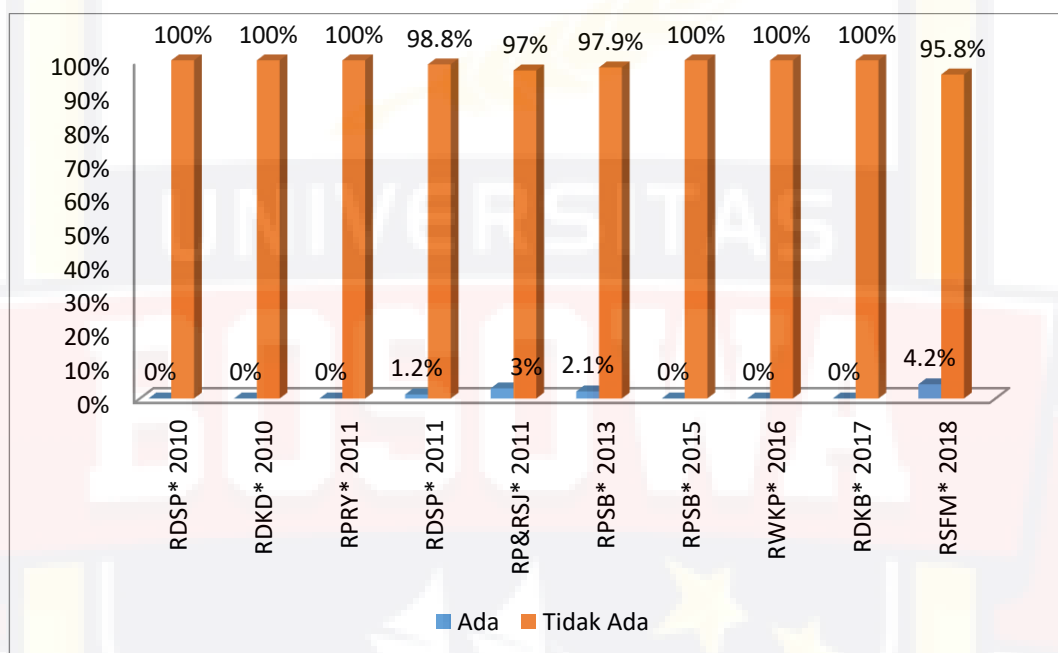
Lanjutan Tabel 15

Luar Pulau Jawa	RDSP*	2010	-	0	563	100
	RDKD*	2010	-	0	564	100
	RDSP*	2011	7	1.2	580	98.8
	RDKB*	2017	-	0	229	100
	RSFM*	2018	21	4.2	477	95.8
Total			76	1.3	5625	98.7

N= Jumlah ; % = Persentase

Tabel 15 menunjukkan distribusi ibu yang melakukan persalinan secara seksio sesarea dengan indikasi janin besar didapatkan hanya pada empat jurnal penelitian dari total sepuluh jurnal penelitian yang digunakan pada penelitian ini di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan tahun 2018. Berdasarkan tabel dapat dilihat persentase ibu ada indikasi janin besar sebesar 1,3% dengan jumlah penderita sebanyak 76 yang persentase tertinggi terdapat pada sebaran tempat penelitian di Luar Pulau Jawa. Sedangkan, ibu melahirkan secara seksio sesarea dengan indikasi tidak ada bayi besar sebesar 98,7% dengan jumlah ibu sebanyak 5625 yang melahirkan secara seksio sesarea. Ada enam rumah sakit dengan lima tahun yang berbeda yang tidak ada indikasi janin besar pada jurnal penelitian yaitu pada tahun 2010 di RSUD Dr. Soedarso Pontianak dan RSUD Kabupaten Dompu, pada tahun 2011 di RS Panti Rapih Yogyakarta, pada tahun 2015 di RSUD Penambahan Senopati Bantul, serta pada tahun 2016 di RSUD Wates Kulon Progo. Persentase tertinggi dengan indikasi ada janin besar terdapat pada sebaran tempat penelitian di Luar Pulau Jawa dari penelitian yang dilakukan di RSIA

Siti Fatimah Makassar tahun 2018 sebesar 4,2% dengan jumlah ibu sebanyak 21. Sedangkan, persentase tertinggi pada sebaran tempat penelian di Pulau Jawa berada di satu RS Pemerintah dan satu RS Swasta di Jakarta dengan persentase sebesar 3% dengan jumlah penderita sebanyak 31.



Gambar 13. Diagram Bar Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018, Berdasarkan Janin Besar

Gambar 13. Memperlihatkan bahwa indikasi ibu dilakukannya persalinan secara seksio sesarea karena ada indikasi janin besar terdapat pada empat jurnal penelitian yang digunakan pada penelitian ini. Persentase ada janin besar pada setiap rumah sakit dan setiap tahunnya bervariasi. Mulai dari tahun 2011 di RSUD Dr. Soedarso Pontianak sebesar

1,2% di satu RS Pemerintah dan satu RS Swasta di Jakarta sebesar 3%. Kemudian, di RSUD Penambahan Senopati bantul pada tahun 2013 sebesar 2,1% dan terakhir di RSIA Siti Fatimah Makassar memiliki persentase sebesar 4,2%.

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian dari sepuluh literatur penelitian pada tahun 2010 sampai dengan 2018 didapatkan beberapa indikasi ibu dan indikasi janin dilakukannya persalinan melalui seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia. Seksio sesarea dilakukan apabila tidak memungkinkan dilakukan persalinan secara pervaginam secara aman untuk kesehatan ibu dan janinnya. Banyak indikasi atau alasan yang menjadi pertimbangan dilakukannya seksio sesarea baik dari indikasi ibu maupun indikasi janin. Berikut beberapa indikasi persalinan melalui seksio sesarea berdasarkan indikasi ibu dan indikasi janin:

1. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria Berdasarkan Riwayat Seksio Sesarea.

Persalinan melalui seksio sesarea atas indikasi riwayat seksio sesarea mempunyai persentase indikasi tertinggi sebesar 25,8% dengan jumlah penderita sebanyak 1470 . Presentase ini di dukung oleh hasil penelitian Andayasari, Lelly dkk. (2011) sebesar 85,2% di satu RS Pemerintah dan satu RS Swasta di Jakarta¹³.

Ibu yang memiliki riwayat seksio sesarea dianjurkan untuk dilakukan seksio sesarea pada persalinan berikutnya. Pada kasus dengan riwayat seksio sesarea sebelumnya, uterus memiliki jaringan parut yang dianggap sebagai kontraindikasi untuk melahirkan pervaginam. Hal ini dikhawatirkan akan terjadi ruptur uteri yang bekas seksio sesarea sebelumnya dan untuk mengurangi risiko terjadinya perdarahan yang disebabkan ruptur uteri².

2. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesar Berdasarkan Disproporsi Fetopelvik

Tindakan seksio sesarea dengan indikasi disproporsi fetopelvik memiliki persentase sebesar 13,6% dari seluruh indikasi medis yang digunakan pada penelitian ini. Presentase ini di dukung oleh hasil penelitian Sari, Novita (2010) sebesar 27,9% di RSUD Dr. Soedarso Pontianak²⁴. Disproporsi fetopelvik merupakan keadaan yang mengakibatkan janin tidak dapat keluar melalui vagina sehingga dilakukan persalinan melalui seksio sesarea, kecuali dengan ibu panggulnya sempit relatif yang anaknya kecil dan dapat melewati panggul. Disproporsi fetopelvik disebabkan oleh panggul sempit, janin besar ataupun kombinasi keduanya¹⁵.

3. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesar Berdasarkan Ketuban Pecah Dini.

Persalinan secara seksio sesarea dengan indikasi ketuban pecah dini mempunyai persentase sebesar 13,1% yang didapatkan pada tujuh literatur

penelitian dari sepuluh literatur penelitian yang digunakan. Presentase ini di dukung oleh hasil penelitian Rinukti, Estuti dkk. (2011) sebesar 6,3% diRumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta²⁵. Ketuban pecah dini merupakan pecahnya selaput janin sebelum proses persalinan dimulai. Hal ini menyebabkan meningkatnya insiden seksio sesarea. Ketuban pecah dini merupakan masalah yang harus segera ditangani pada persalinan karena dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas perinatal⁷.

4. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria Berdasarkan Partus Lama.

Pada indiaksi ada partus lama mempunyai persentase sebesar 7,4% yang didapatkan data dari seluruh literatur penelitian yang digunakan pada penelitian ini. Presentase ini di dukung oleh hasil penelitian Andriani, Dewi (2010) sebesar 26,4% diRumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Dompu²². Partus lama dapat memberikan dampak yang berbahaya baik bagi ibu maupun janin, risiko tersebut naik dengan cepat setelah waktu 24 jam. Terjadi kenaikan atonia uteri, laserasi, perdarahan, infeksi, kelelahan ibu dan syok. Pada janin akan memberikan bahaya meningkatnya mortalitas dan morbiditas oleh karena asfiksia, trauma kepala akibat penekanan kepala janin hal diatas memungkinkan persalinan dengan seksio sesarea menjadi pilihan¹⁹.

5. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria Berdasarkan Preeklamsia dan/ atau Eklamsia,

Ibu melahirkan dengan tindakan seksio sesarea dengan indikasi preeklamsia dan/atau eklamsia mempunyai persentase sebesar 3,8%. Presentase ini di dukung oleh hasil penelitian Subekti, Sholikhah. (2013) sebesar 6,6% di RSUD Penembahan Senopati Bantul²⁶. Preeklamsia berat dan eklamsia dapat menyebabkan komplikasi kematian ibu dan janin. Untuk mencegah hal tersebut, maka upaya yang dilakukan adalah dengan segera mengakhiri kehamilan. Untuk menjamin keselamatan ibu dan janin maka induksi dan atau melalui seksio sesarea menjadi indikasi profilaksis ibu untuk mengakhiri kehamilannya. Preeklamsia berakibat fatal jika tidak segera mendapatkan tindakan, Merusak plasenta sehingga menyebabkan bayi lahir dalam keadaan tidak bernyawa, atau lahir premature, penyakit juga ini juga membahayakan ginjal ibu hamil. Pada beberapa kasus, bisa menyebabkan ibu hamil mengalami koma. Untuk mencegah hal tersebut jalan terbaik adalah dilakukan tindakan seksio sesarea¹⁹.

6. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria Berdasarkan Plasenta Previa.

Hasil penelitian dengan indikasi plasenta previa memiliki persentase sebesar 3,4% Presentase ini di dukung oleh hasil penelitian Luba, Saniasa (2018) sebesar 8,34% di RSIA Siti Fatimah Makassar²⁷. Plasenta previa

menyebabkan bagian terdepan janin sering sekali sulit untuk memasuki pintu atas panggul, oleh karena itu dilakukan seksio sesarea. Seksio sesarea pada plasenta previa selain untuk mengurangi kematian bayi, juga terutama dilakukan untuk kepentingan ibu⁷.

7. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesar Berdasarkan Kelainan Letak.

Berdasarkan hasil penelitian ini indikasi janin terbanyak yaitu kelainan letak sebesar 20,2%. Presentase ini di dukung oleh hasil penelitian Andayasari, Lelly dkk. (2011) sebesar 37,8% di satu RS Pemerintah dan satu RS Swasta di Jakarta¹³. Kelainan letak janin merupakan dimana posisi janin tidak sesuai dengan kedudukan yang seharusnya. Kelainan letak yang dimaksud dalam hal ini yaitu bagian terbawah janin yang menunjukkan presentasi selain belakang kepala. Kelainan posisi janin saat dalam uterus berpotensi menyebabkan risiko komplikasi seperti perdarahan, trauma persalinan, infeksi dan asfiksia¹⁹.

8. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesar Berdasarkan Gawat Janin.

Indikasi gawat janin dilakukannya seksio sesarea memiliki persentase sebesar 12,7%. Presentase ini di dukung oleh hasil penelitian Subekti, Sholikhah. (2013) sebesar 6% di RSUD Penembahan Senopati Bantul²⁶. Gawat janin pada persalinan merupakan suatu keadaan yang serius yang

mengancam kesehatan bayi. Jika tindakan seksio sesarea tidak dilakukan, dikhawatirkan akan terjadi kerusakan neurologis akibat keadaan asidosis yang progresif, dan bila juga ibu menderita tekanan darah tinggi atau kejang pada rahim, mengakibatkan gangguan pada plasenta dan tali pusat sehingga aliran oksigen kepada janin menjadi berkurang. Kondisi ini bisa menyebabkan janin mengalami kerusakan otak dan organ lain sehingga terjadi kecacatan bahkan tidak jarang meninggal⁴.

9. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria Berdasarkan Janin Kembar

Persalinan secara seksio sesarea dengan indikasi janin kembar mempunyai persentase sebesar 3%. Presentase ini di dukung oleh hasil penelitian Andayasari, Lelly dkk. (2011) sebesar 7,6% di satu RS Pemerintah dan satu RS Swasta di Jakarta¹³. Kehamilan kembar dapat memberi risiko yang lebih tinggi terhadap ibu dan bayi. Tidak semua persalinan dengan gemmeli harus diselesaikan dengan tindakan seksio sesarea, bila memenuhi persyaratan untuk persalinan normal maka dilakukan persalinan pervaginam. Tindakan seksio sesarea pada kehamilan kembar dilakukan dalam kondisi janin letak lintang. Namun jika ibu mengandung 3 janin atau lebih maka sebaiknya menjalani seksio sesarea. Hal ini akan menjamin bayi-bayi tersebut dilahirkan dalam kondisi sebaik mungkin dengan trauma minimum⁷.

10. Distribusi Ibu yang Melahirkan Secara Seksio Sesaria Berdasarkan Janin Besar.

Persalinan secara seksio sesarea dengan indikasi janin besar mempunyai persentase sebesar 1,3% yang terdapat hanya pada empat jurnal dari sepuluh jurnal penelitian yang digunakan. Presentase ini didukung oleh hasil penelitian Andayasari, Lelly dkk. (2011) sebesar 4% di satu RS Pemerintah dan satu RS Swasta di Jakarta¹³. Berat janin sekitar 4000 gram atau lebih, menyebabkan janin sulit keluar dari jalan lahir. Janin besar yang lebih 4 kg berisiko tinggi dilakukan persalinan pervagina sehingga ditawarkan untuk persalinan secara seksio sesarea. Secara spesifik, mereka yang ibunya mengidap diabetes memperlihatkan penimbunan lemak berlebihan di bahu dan badan, yang mempermudah terjadinya distosia bahu dan meningkatkan angka seksio sesarea⁷.

C. Keterbatasan Penelitian

Pada penelitian ini terdapat beberapa keterbatasan diantaranya sebagai berikut:

1. Beberapa jurnal penelitian tidak dapat diakses di internet secara umum dan tidak memungkinkan mengambil literatur dari perpustakaan *offline* akibat terbatasnya kegiatan di luar rumah akibat pandemi, sehingga literatur yang digunakan sedikit.
2. Beberapa jurnal yang berkaitan dengan indikasi ibu dan janin pada persalinan melalui seksio sesarea di Indonesia pengelompokan

variabelnya tidak sama dan beberapa literatur juga datanya tidak berkesinambungan antara jurnal yang satu dengan yang lainnya, sehingga tidak dimasukkan pada penelitian ini.



BAB VI

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan dari hasil data jurnal penelitian dapat disimpulkan persentase indikasi ibu dan janin dilakukannya tindakan seksio sesarea sebagai berikut:

1. Distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan 2018, berdasarkan adanya indikasi riwayat seksio sesarea yaitu sebanyak 1470 penderita dengan persentase sebesar 25,8% dari 5701 ibu yang melahirkan dengan seksio sesarea. Riwayat seksio sesarea merupakan persentase tertinggi dari seluruh indikasi dilakukannya tindakan seksio sesarea pada penelitian ini.
2. Distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan 2018, berdasarkan indikasi ada disproporsi fetopelvik yaitu sebanyak 773 penderita dengan persentase sebesar 13,6%.
3. Distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan 2018, berdasarkan indikasi ada ketuban pecah dini yaitu sebanyak 747 penderita dengan persentase sebesar 13,1%.

4. Distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan 2018, berdasarkan indikasi ada partus lama yaitu sebanyak 423 penderita dengan persentase sebesar 7,4%.
5. Distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan 2018, berdasarkan indikasi ada preeklamsia dan/atau eklamsia yaitu sebanyak 215 penderita dengan persentase sebesar 3,8%.
6. Distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan 2018, berdasarkan indikasi ada plasenta previa yaitu sebanyak 195 penderita dengan persentase sebesar 3,4%.
7. Distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan 2018, berdasarkan adanya indikasi kelainan letak janin yaitu sebanyak 1152 penderita dengan persentase sebesar 20,2% dari 5701 ibu yang melahirkan dengan seksio sesarea. Indikasi kelainan letak janin merupakan persentase tertinggi dari indikasi janin dilakukannya tindakan seksio sesarea pada penelitian ini.
8. Distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan 2018, berdasarkan indikasi ada gawat janin yaitu sebanyak 722 penderita dengan persentase sebesar 12,7%.

9. Distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan 2018, berdasarkan indikasi ada janin kembar yaitu sebanyak 172 penderita dengan persentase sebesar 3%.
10. Distribusi ibu yang melahirkan secara seksio sesarea di beberapa rumah sakit di Indonesia periode tahun 2010 sampai dengan 2018, berdasarkan indikasi ada janin besar yaitu sebanyak 76 penderita dengan persentase sebesar 1,3%.

B. Saran

1. Diharapkan bagi tenaga kesehatan agar dapat memberikan informasi mengenai faktor-faktor penyebab dilakukannya persalinan secara seksio sesarea khususnya faktor dari ibu dan janin, sehingga ibu lebih memperhatikan kesehatan reproduksi dan kehamilannya untuk menurunkan angka persalinan secara seksio sesarea
2. Diharapkan instalasi terkait dapat memberikan penyuluhan dan promosi kesehatan yang efektif tentang pentingnya pemeriksaan antenatal care secara berkala, teratur dan lengkap utamanya bagi ibu hamil dengan riwayat seksio sesarea sebelumnya demi kesehatan ibu dan bayi serta mencegah terjadinya komplikasi baik saat kehamilan maupun persalinan

3. Diharapkan petugas kesehatan dapat memberikan informasi tentang dampak persalinan secara seksio sesarea dan manfaat persalinan pervaginam
4. Diharapkan adanya fasilitas pelayanan dan pemeriksaan penunjang yang memadai yang dapat dijangkau oleh seluruh ibu hamil untuk deteksi dini penyakit pada kehamilan ibu baik bagi kelompok risiko rendah maupun tinggi pada kehamilannya dalam upaya menurunkan angka persalinan secara seksio sesarea



DAFTAR PUSTAKA

1. Sumelung V, Kundre R, Karundeng M. Faktor-Faktor yang Berperan Meningkatkan Angka Kejadian Sectio Caesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Liun Kendage Tahuna. 2014;
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetrics. New York: McGraw-Hill Companies Inc.; 2014.
3. Salamba MT. Determinan Kejadian Persalinan Seksio Sesarea di Rumah Sakit Umum Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara Tahun 2016. 2017;
4. Muhammad R. Karakteristik Ibu yang Mengalami Persalinan dengan Sectio Cesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Moewardi Surakarta Tahun 2014. 2016;
5. Ladja CJH. Perbandingan Hasil Luaran Ibu dan Bayi Baru Lahir pada Operasi Sesar Elektif dengan Operasi Sesar Emergensi terhadap Lamanya Waktu Tanggap Operasi. 2017;
6. Sihombing N, Saptarini I, Putri DSK. The Determinants of Sectio Caesarea Labor in Indonesia (Further Analysis of Riskesdas 2013). J Kesehat Reproduksi [Internet]. 2017;8(1):63–75. Available from: http://ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/kespro/article/view/6641/pdf_2
7. Ayuningtyas D, Oktarina R, Nyoman N, Sutrisnawati D. Etika

Kesehatan pada Persalinan Melalui Sectio Caesarea Tanpa Indikasi Medis Bioethics in Childbirth Through Sectio Caesaria without Medical Indication. 2018;14(1):9–16.

8. Rahim WA. Hubungan antara Pengetahuan Perawatan Luka Pasca Bedah Sectio Caesarea (SC) dengan Tingkat Kemandirian Pasien di Ruang Instalasi Rawat Inap Kebidanan dan Kandungan Rumah Sakit Bhayangkara Manado. 2019;7.
9. Rosellah. Distribusi Kejadian Seksio Sesarea di Rumah Sakit Khusus Daerah Ibu dan Anak (RSKDIA) Siti Fatimah Makassar periode Mei Tahun 2013. Skripsi. Makassar Program Ilmu Keperawatan UIN Alauddin. 2013;
10. Begum T, Rahman A, Nababan H, Emdadul Hoque DM, Khan AF, Ali T, et al. Indications and Determinants of Caesarean Section Delivery: Evidence from a Population-based Study in Matlab, Bangladesh. PLoS One. 2017;12(11):1–16.
11. Rezeki S, dan Sari M. Karakteristik Ibu Bersalin dengan Indikasi Seksio Caesarea di RS Martha Friska Pulo Brayon. Karakteristik Ibu Bersalin Dengan Indikasi. 2018;7(1):131–6.
12. Nurwita A. Faktor Risiko Ibu pada Ibu Bersalin dengan Sectio Caesarea di RSUD Cianjur Tahun 2014. 2015;10(3):1–8.
13. Andayasari L, Muljati S, Sihombing M, Arlinda D, Opitasari C, Mogsa FD, et al. Proporsi Seksio Sesarea dan Faktor yang Berhubungan dengan Seksio Sesarea di Jakarta. 2014;6–16.

14. Astuti DM. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Sectio Caesarea di RSUD Muhammadiyah Kota Yogyakarta 2016. 2017;
15. Zanah M, Mindarsih E, Wulandari S. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Persalinan Sectio Caesarea di RSUD Panembah Senopati Bantul Tahun 2015. 2015;1–9. Available from: <http://medika.respati.ac.id/index.php/Medika/article/viewFile/36/34>
16. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2017. Jakarta: Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana; 2018.
17. Ningsih H. Gambaran Karakteristik Ibu Bersalin dengan Seksio Sesarea Di RSIA Siti Fatimah Makassar Tahun 2009. 2010;
18. Pontoh HA. Indikasi Persalinan Sectio Caesarea Berdasarkan Umur dan Paritas di Rumah Sakit DKT Gubeng Pojok Surabaya Tahun 2015. 2015;(110).
19. Prawirohardjo S. Ilmu Kebidanan. 4th ed. P.T. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo. Jakarta: P.T. Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2016.
20. Ulfah M. Perbedaan Kadar Hemoglobin pada Pasien Seksio Sesarea Pertama dan Pasien Seksio Sesarea Berulang di RS Prikasih Tahun 2013. 2014;
21. Hastuti D. Hubungan Pengetahuan tentang Secti Caesarea dengan Kecemasan Ibu Pre Operasi di Ruang Catleya Rumah Sakit Panti Waluyo Surakarta 2015. 2015;151:10–7.

22. Andriani D. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Tindakan Seksio Sesarea di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Dompu Tahun 2010. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. 2012.
23. Syamrina. Gambaran Mortalitas Ibu Hamil Berdasarkan Indikasi Sektio Caesarea di RSKD Ibu dan Anak Siti Fatimah Makassar Tahun 2009-2011. 2012;
24. Sari, Novita. Gambaran Kasus Persalinan Seksio Sesarea di RSUD Dr. Soedarso Pontianak Tahun 2010. 2013;
25. Rinukti E, Djanah N. Gambaran Indikasi Ibu Bersalin dengan Tindakan Seksio Caesarea. J Kesehatan Ibu Dan Anak. 2011;7(1):1–11.
26. Subekti SW. Indikasi Persalinan Sectio Caesarea. Vol. 7, Jurnal Biometrika Dan Kependudukan. 2018. p. 11–9.
27. Luba S. Gambaran karakteristik ibu bersalin dengan seksio sesarea di rsia siti fatimah makassar tahun 2018. J Farm Sandi Karsa. 2018;4(7):94–8.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Jadwal Penelitian

No	Tahun Bulan	Kegiatan											
		2019					2020						
		1-8	9	10	11	12	1-3	4	5	6	7	8	
I	Persiapan												
1	Pembuatan Proposal	■											
2	Seminar Proposal	■											
3	Ujian Proposal			■									
4	Perbaikan Proposal		■		■	■	■						
5	Pengurusan Rekomendasi Etik							■					
II	Pelaksanaan												
1	Pengambilan data							■	■				
2	Pemasukan Data								■	■			
3	Analisa Data									■			
4	Penulisan Laporan									■			
III	Pelaporan												
1	Seminar Hasil											■	
2	Perbaikan Laporan											■	
3	Ujian Skripsi											■	

Lampiran 2. Tim Peneliti & Biodata Peneliti Utama

1. Daftar Tim Peneliti

No.	Nama	Kedudukan dalam penelitian	Keahlian
1.	Nurul Latifa Muhammad	Peneliti utama	Belum ada
2.	Dr. Desi Dwirosalia NS	Rekan peneliti 1	Dokter
3.	Dr. Ika Azdah Murnita, Sp.OG., M.Kes	Rekan peneliti 2	Dokter spesialis kebidanan dan penyakit kandungan

2. Biodata Peneliti Utama

a. Data Pribadi

Nama : Nurul Latifa Muhammad
 Tempat Tanggal Lahir : Palopo, 10 April 1997
 Jenis Kelamin : Perempuan
 Agama : Islam
 Alamat : Jl. Andi Tonro V, Kel. Bontoduri, Kec. Tamalate, Kota Makassar
 Kewarganegaraan : Indonesia
 No. Hp/WA : 085241903456
 Email : nurullatifamuhammad@gmail.com

b. Data Keluarga

Nama Ayah : H. Sukri Muhammad

Nama Ibu : Hj. Hamriati Sahrudin

c. Riwayat Pendidikan

Tahun 2004- 2005 : TK Masyita Palopo

Tahun 2005- 2009 : SD Negeri 274 Mattirowalie Palopo

Tahun 2009- 2012 : MTs Negeri Model Palopo

Tahun 2012- 2015 : SMA Negeri 3 Palopo

Tahun 2016-sekarang :Program Studi Pendidikan Dokter, Fakultas
Kedokteran Universitas Bosowa Makassar

d. Pengalaman organisasi

- a. Staff Departemen Gerakan Sosial BEM FK UNIBOS Periode 2017-2018
- b. Bendahara Umum BEM FK UNIBOS Periode 2018-2019


e. Pengalaman Meneliti

Belum Ada

Lampiran 3. Rincian Anggaran Penelitian dan Sumber Dana

NO.	ANGGARAN UNTUK	JUMLAH	SUMBER DANA
1.	Biaya Administrasi Rekomendasi Etik	Rp. 250.000,-	Mandiri
2.	Biaya Pulsa atau Internet	Rp. 500.000,-	
3.	Biaya Penggandaan Proposal dan Skripsi	Rp. 500.000,-	
5.	Biaya Penjilidan Proposal dan Skripsi	Rp. 1.000.000,-	
6.	Biaya ATK	Rp.100.000,-	
7.	Lain-lain	Rp. 500.000,-	
TOTAL BIAYA		Rp. 2.850.000 ,-	

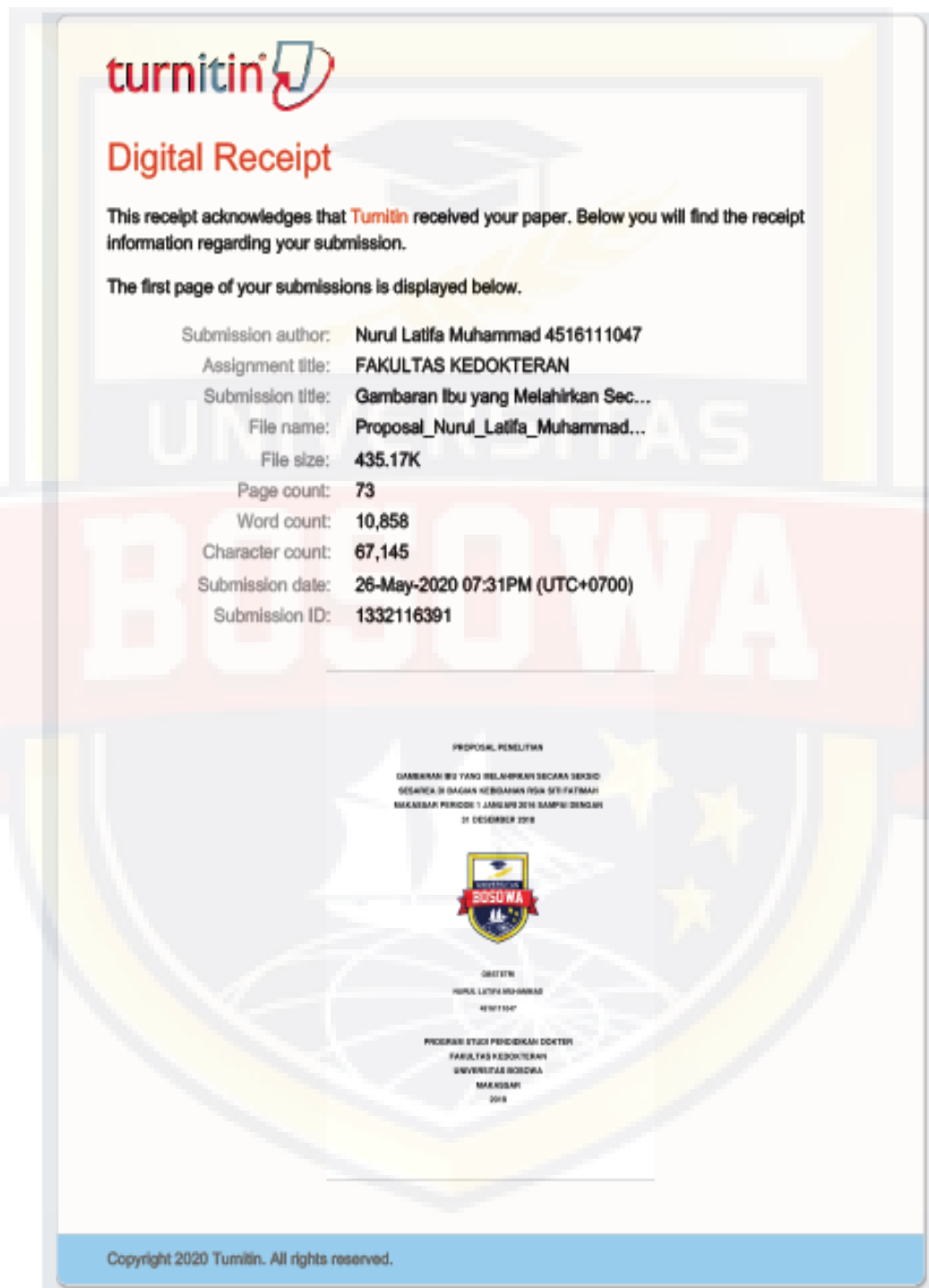
Lampiran 4. Rekomendasi Etik

 UNIVERSITAS BOSOWA FAKULTAS KEDOKTERAN KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN Sekretariat : Gedung Fakultas Kedokteran lantai 2 Jalan Urip Sumoharjo Km. 4, Makassar-Sulawesi Selatan 90231 Kontak Person : dr. Muthmainnah (082193193914) email : kepk_fkunibos@gmail.com			
REKOMENDASI PERSETUJUAN ETIK			
Nomor : 015/KEPK-FK/Unibos/IV/2020			
Tanggal : 11 April 2020			
Dengan ini menyatakan bahwa Protokol dan Dokumen yang Berhubungan Dengan Protokol berikut ini telah mendapatkan Persetujuan Etik :			
No Protokol	FK2003015	No Sponsor Protokol	
Peneliti Utama	Nurul Latifa Muhammad	Sponsor	Pribadi
Judul Penelitian	Indikasi Ibu dan Janin pada Persalinan dengan Seksio Sesarea di Beberapa Rumah Sakit di Indonesia periode Tahun 2010 sampai dengan Tahun 2018		
No versi Protokol	1	Tanggal Versi	26 Maret 2020
No Versi PSP		Tanggal Versi	
Tempat Penelitian	Makassar, Sulawesi Selatan		
Dokumen Lain	-		
Jenis Review	<input checked="" type="checkbox"/> Exempted <input type="checkbox"/> Expedited <input type="checkbox"/> Fullboard Tanggal	Masa Berlaku 11 April 2020 Sampai 11 April 2021	Frekuensi review lanjutan
Ketua Komisi Etik Penelitian	Nama dr. Anisyah Hariadi, M.Kes	Tanda tangan	Tanggal 11 April 2020
Sekretaris Komisi Etik Penelitian	Nama dr. Muthmainnah	Tanda-tangan	Tanggal 11 April 2020

Kewajiban Peneliti Utama :

- Menyerahkan Amandemen Protokol untuk persetujuan sebelum di implementasikan
- Menyerahkan Laporan SAE ke Komisi Etik dalam 24 jam dan dilengkapi dalam 7 hari dan Laporan SUSAR dalam 72 jam setelah Peneliti Utama menerima laporan
- Menyerahkan Laporan Kemajuan (progres report) setiap 6 bulan untuk penelitian resiko tinggi dan setahun untuk peneliti resiko rendah
- Menyerahkan Laporan Akhir setelah penelitian berakhir
- Melaporkan penyimpangan dari protokol yang disetujui (protokol deviation/ violation)
- Mematuhi semua peraturan yang ditentukan.

Lampiran 5. Sertifikat Bebas Plagiarisme



turnitin

Digital Receipt

This receipt acknowledges that Turnitin received your paper. Below you will find the receipt information regarding your submission.

The first page of your submissions is displayed below.

Submission author: **Nurul Latifa Muhammad 4516111047**
 Assignment title: **FAKULTAS KEDOKTERAN**
 Submission title: **Gambaran Ibu yang Melahirkan Sec...**
 File name: **Proposal_Nurul_Latifa_Muhammad...**
 File size: **435.17K**
 Page count: **73**
 Word count: **10,858**
 Character count: **67,145**
 Submission date: **26-May-2020 07:31PM (UTC+0700)**
 Submission ID: **1332116391**

UNIVERSITAS
BOSOWA

PROPOSAL PENELITIAN
 GAMBARAN IBU YANG MELAHIRKAN SECARA SEKSIO
 SESARIS DI BAGIAN KEDOKTERAN ISHA SYIFA'IMAH
 MAKASSAR PERIODE 1 JANGKA WAKTU SAMPAI DENGAN
 31 DESEMBER 2018



0801216
 NURUL LATIFA MUHAMMAD
 451611047

PROGRAM STUDI PENDIDIKAN DOKTER
 FAKULTAS KEDOKTERAN
 UNIVERSITAS BOSOWA
 MAKASSAR
 2018

Copyright 2020 Turnitin. All rights reserved.